

Estudio de caso: Uso de la Terapia Hipnointegrativa de Psicología Profunda en un paciente con Trastorno de Identidad de Género

Maribel Cevallos

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de psicología clínica

Quito

Mayo del 2011

© **Derechos de autor.**

Maribel Cevallos

2011

“Se necesita valor para crecer y convertirse en quien uno realmente es.”

~E. E. Cummings

AGRADECIMIENTOS

A todos los maestros encontrados a lo largo del camino por entregar generosamente su conocimiento y su amor, a todos aquellos que con

su experiencia amplían mi mundo....

RESUMEN

El presente estudio de caso describe el tratamiento a una paciente con trastorno de identidad de género, dificultades familiares y de autoestima. El tratamiento consistió en doce sesiones de terapia de psicología profunda bajo hipnosis, que integra elementos de la corriente psicoanalítica y humanista utilizando hipnosis sin sugerencias. El objetivo del tratamiento se centró en aumentar el bienestar psicológico de la paciente, el cual se evaluó aplicando el cuestionario de autoreporte SCL-90-r a la paciente antes y después del tratamiento. Los resultados arrojados en las evaluaciones demuestran una mejoría reflejada en la disminución de los puntajes de obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ideación paranoide, y psicoticismo. Antes del tratamiento la paciente mostraba puntajes de riesgo en ocho categorías y después del tratamiento en ninguna, el índice de severidad global bajó de 70 a 50 puntos.

Términos clave: Identidad de género, disforia, transexual, terapia, hipnosis, psicoanálisis, humanista, tratamiento.

ABSTRACT

The present case study describes the treatment given to a female-to-male patient with gender identity disorder, family and self-esteem difficulties. The treatment consisted of twelve sessions of depth psychology under hypnosis therapy, that integrates elements from psychoanalysis and humanistic approaches, using non-suggestive hypnosis. The aim of the treatment was to improve the patient's psychological wellbeing, which was evaluated before and after therapy using the self-report questionnaire SCL-90-r. Results from the evaluation show an improvement reflected on the decrease of the scores in the categories of obsessions and compulsions, interpersonal sensitivity, depression, hostility, paranoid ideation, and psychoticism. Before the treatment the patient showed risk scores in eight categories, after the treatment she showed risk scores in none, the global severity index decreased from 70 to 50.

Key words: Gender identity, dysphoria, transsexual, therapy, hypnosis, psychoanalysis, humanistic, treatment.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
TABLA DE CONTENIDO	7
CAPÍTULO 1.- BASE TEÓRICA	
1.1. TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO.....	9
1.2. Definición del Trastorno de Identidad de Género.....	9
1.3. El TIG en el DSM-V	10
1.4 Comorbilidad y dificultades asociadas al TIG.....	11
1.5. Prevalencia.....	15
1.6. Causas y punto de vista del trastorno desde algunos enfoques teóricos.....	16
1.7. Tratamiento.....	20
1.8. Consideraciones y lineamientos para el tratamiento.....	29
1.9 Implicaciones en el tratamiento.....	31
CAPÍTULO 2.-TERAPIA	
2.1. HISTORIA DE LA TERAPIA HIPNOINTEGRATIVA DE PSICOLOGÍA PROFUNDA (THIPP).....	32
2.2. La THIPP.....	32
2.3. Logros con la THIPP	33
2.4. La THIPP y la hipnosis.....	34

2.5. Corrientes psicológicas y otras fuentes en las que se basa la THIPP.....	35
2.5.1. La THIPP y la corriente Humanista.....	36
2.5.2. La THIPP y el Psicoanálisis.....	44
2.5.3. Aportes de la THIPP.....	56
2.6. Visión del trastorno desde la THIPP.....	59
CAPÍTULO 3.- ESTUDIO DE CASO	
3.1. Introducción al caso.....	63
3.2. Diagnóstico.....	64
3.3. HISTORIA	
3.3.a. Familia.....	65
3.3.b. Educación.....	66
3.3.c. Social.....	66
3.3.d. Historia Médica.....	66
3.3.e. Tratamiento o intentos de solución previos.....	67
3.4. Conceptualización del caso.....	67
3.5. Proceso terapéutico.....	70
CAPÍTULO 4.- EVALUACIÓN	
4.1. SCL-90-r.....	81
4.2. Resultados de la Evaluación.....	83
CAPÍTULO 5.- DISCUSIÓN	
5.1 Conclusiones e implicaciones del caso.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

CAPÍTULO 1.- BASE TEÓRICA

TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

El término *Identidad de género* se refiere a la auto-percepción de un individuo como hombre o mujer, mientras el término *disforia* en este contexto hace referencia a sentimientos fuertes y persistentes de incomodidad con el sexo biológico propio, deseo de poseer el cuerpo del sexo contrario y de que los demás lo consideren como perteneciente al sexo opuesto (APA, 2000, pp.581). Ambos términos deben distinguirse de *orientación sexual*, que se refiere a la atracción erótica hacia hombres, mujeres o ambos (APA, 2000, pp.581).

Definición del Trastorno de Identidad de Género

El Manual de diagnóstico Estadístico DSM-IV describe el Trastorno de Identidad de Género (TIG) como una condición en la cual “la persona se identifica de manera acusada y persistente con el otro sexo” (APA, 2000, pp.581). Los criterios diagnósticos en la infancia incluyen repetidos de ser, o insistencia en se es del otro sexo; preferencia por llevar vestimenta del otro sexo; rechazo hacia los propios genitales; preferencias marcadas por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo, y deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo (APA, 2000).

Durante la adolescencia y en la vida adulta también se presenta deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo, además un malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol, preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias o creer que se ha nacido con el sexo equivocado (APA, 2000).

Para diagnosticarla es requisito que la alteración no coexista con una enfermedad intersexual, y que provoque un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2000).

El TIG en el DSM-V

Actualmente se están revisando ciertos aspectos de la clasificación del trastorno, durante la preparación de la quinta edición del DSM de la *American Psychiatric Association* (APA), cuya publicación está prevista para el año 2013 ha habido polémicas discusiones sobre la categorización psiquiátrica de las variantes de identidad de género, las opiniones van desde la postura que recomienda continuar con la inclusión dentro de los trastornos mentales hasta pedidos de remover completamente el trastorno del manual (Meyer-Bahlburg, 2009). Las implicaciones de dichos cambios se analizan en función de cómo puede afectar social y laboralmente a las personas ser categorizadas como enfermos mentales, en el otro extremo se revisan los beneficios que pueden perder en lo referente a la cobertura de los seguros médicos para ciertos tratamientos que requieren (Meyer-Bahlburg, 2009).

A principios del 2010 se dio a conocer una primera versión del DSM-V que introduce una serie de propuestas y cambios con respecto a la cuarta edición, en lugar de *Trastorno de la Identidad de Género* (TIG) se habla de Incongruencia de Género (IG) y la presencia de malestar o impedimento clínicamente significativo ya no se requiere para el diagnóstico (Lawrence, 2010).

El debate sobre la inclusión del trastorno en el DSM continúa, pero en opinión del grupo de Identidad de Género y Varianza de Género de la APA (2008) encargado del tema se considera que lo que está en discusión es la inclusión del TIG en el

manual como trastorno, pero lo que no está en discusión es el malestar psicológico que produce, el cual opinan que debe ser tratado (Sánchez y Vilain, 2009).

Comorbilidad y dificultades asociadas al TIG

El TIG, que también se conoce con el nombre de transexualidad, produce patrones de comportamiento que conllevan un sufrimiento significativo y una desventaja adaptativa (Cohen y Van Gooren, 1997 en Bergero, Cano, Giraldo, Esteva, Ortega, Gómez y Gorneman, 2001). Una de las dificultades más importantes es el aislamiento social, que repercute de una manera notable en el nivel de autoestima, por poseer un autoconcepto poco reforzado socialmente (Cohen y Van Gooren, 1997 en Bergero, et al., 2001). Adicionalmente el trastorno suele contribuir a crear interrupciones tempranas de la escolarización y dificultades de adaptación laboral (Bergero, et al., 2001).



Los reportes autobiográficos de pacientes con TIG recopilados en la literatura científica muestran con gran frecuencia la presencia de eventos traumáticos importantes experimentados por los sujetos (Herek, Gillis y Di Ceglie, 2000; Kuehnle

y Sullivan, 2001; Kersting, Reutemann, Gast, Ohrmann, Suslow y Michael, 2003 en Valerio, 2011). Además se conoce que el malestar en torno al género experimentado por estas personas a menudo intensifica los dilemas de relaciones, trabajo y educación (Levine, Brown, Coleman, Cohen-Kettenis, Hage, Van Maasdam, Petersen, Pfafflin y Schaefer, 1999). De allí la importancia de que en la terapia se explore la biografía de los pacientes y se traten dichos eventos y sus secuelas, así como sus condiciones actuales.

La religión es un factor contribuyente al grado de estrés en el TIG, ya que las personas transgénero que tienen una afiliación religiosa conservadora o han sido criados en una, experimentan el rechazo proveniente de la condenación de todo tipo de varianza en lo sexual, esto ocurre en el cristianismo, judaísmo, islam, entre otras y a menudo se ven ante el dilema de alejarse de su comunidad de apoyo (Fink, 2009).

En el caso específico del grupo de pacientes mujer-a-hombre las principales situaciones estresoras que les generan constante ansiedad son: la relación diaria con el propio cuerpo; que se noten los pechos; esperar por intervenciones quirúrgicas; comunicar a la familia su condición transexual y presentar documentación en persona (Bergero, Cano, Giraldo, Esteva de Antonio, Ortega, Gómez y Gorneman, 2004).

Parecen haber indicios de cogniciones disfuncionales presentes en el TIG, una investigación que comparaba los puntajes de Esquemas Maladaptativos Tempranos en 30 transexuales hombre-a-mujer y 17 mujer-a-hombre y 114 sujetos control hombres y mujeres mostró que los transexuales puntuaban más alto en dichos esquemas, que indicaban sentimientos de aislamiento, y privación emocional, los transexuales tenían un autoconcepto de mayor vulnerabilidad y deficiencias frente a los otros grupos, se postula que esto se deba al rechazo que sufren (Anónimo, 2011).

Los individuos con TIG son especialmente propensos a ser víctimas de crímenes

basados en la discriminación, el número de crímenes contra esta población asciende a 321 por año en los Estados Unidos según la Coalición Nacional de Programas Anti-Violencia (Singh, Hays y Watson, 2011). Al examinar los datos de dos investigaciones anteriores de 2260 sujetos encuestados y 25 participantes de un grupo focal, todos ellos transexuales, se encontró que consistentemente durante la etapa escolar este grupo es propenso a hostigamiento por parte de sus compañeros, lo cual solía derivar en el abandono de los estudios o cambios de colegio, ante la implementación de medidas protectivas contra el acoso por parte del personal de las escuelas se registró un aumento en la percepción de seguridad de los jóvenes (McGuire, Anderson, Toomey y Russell, 2010).

Otra dificultad asociada es la intensa y constante preocupación por el aspecto físico y los cambios que desean para adaptarse al otro sexo y disminuir el malestar que les produce su sexo biológico, dicha preocupación se convierte en una actividad que ocupa gran parte de su tiempo y que entorpece aún más la adaptación al medio (Bergero et al. 2001). El sufrimiento que este trastorno produce y los intentos de quienes lo padecen para aliviarlos, así como las dificultades que encuentran para ser tratados por el sistema sanitario, les llevan a recurrir con frecuencia al autotratamiento hormonal con graves efectos secundarios para su salud (Blanchard, Stein, Clemmensen y Dickey, 1989 en Bergero et al., 2001) y en ocasiones a autolesionarse los genitales (Becerra, De Luis, Piedrola, 1999 en Bergero et al., 2001).

El riesgo de suicidio es otro factor a tomarse en cuenta dentro de las dificultades asociadas al trastorno, hay tres períodos donde el riesgo es mayor, el primero se da temprano en la vida cuando el individuo se da cuenta de que es diferente de la gente de su edad, el segundo cuando la persona intenta mantener en secreto su condición y llevar lo que considera una vida normal y el tercero después de

la transición hacia el otro género con tratamientos hormonales y quirúrgicos debido a las grandes expectativas que algunos de ellos tienen, lo que ayuda a disminuir la ansiedad y la suicidabilidad es la aceptación de la condición y el iniciar la transición (Vanderburgh, 2009). Una investigación con 392 participantes nacidos hombres y 123 nacidas mujeres reveló que la prevalencia de intentos de suicidio en esta población se sitúan en un 32%, los factores que sumados al TIG predisponían mayormente a dichos intentos fueron una edad menor a veinticinco años, depresión, historia de abuso de sustancias, historia de abuso sexual, discriminación por el género y victimización por su condición de género (Clements-Nolle, Marx y Katz, 2006). En el 2010 se realizó un estudio que mide la presencia de psicopatologías y suicidabilidad entre jóvenes homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgénero, los resultados arrojados muestran que esta población tiene una prevalencia mayor de diagnósticos en salud mental, en comparación con muestras de jóvenes estadounidenses en general, aunque fue similar a la de grupos de minorías étnicas de la misma edad, en cuanto a los participantes identificados como transgénero los resultados no sugirieron incrementos sustanciales en la presencia de desórdenes mentales, algo destacable fue que se encontró un mayor porcentaje de intentos de suicidio (45%) a lo largo de la vida por parte de los sujetos con TIG en relación a sus contrapartes (Mustanski, Garofalo y Emerson, 2010).

Aún no hay un consenso sobre la prevalencia de otras patologías mentales en las personas con TIG, por ejemplo un estudio en el que se recogió información provista por 142 psiquiatras alemanes, acerca de la comorbilidad del TIG con otras enfermedades psiquiátricas, se encontró que 61% de los pacientes presentaron otras enfermedades psiquiátricas adicionales tales como desórdenes de personalidad (79%), trastornos del estado de ánimo (26%), desórdenes disociativos (26%) y trastornos

psicóticos (24%) (Campo, Nijman, Merckelbach y Evers, 2003); mientras que otra investigación anterior publicada en *Archives of Sexual Behavior* que buscaba identificar la comorbilidad de la disforia de género con trastornos serios, como la esquizofrenia y depresión mayor; mostró que no hay diferencia significativa al comparar las tasas de desórdenes psiquiátricos de transexuales con las de personas heterosexuales no transexuales (Collier, Boyle, Emory y Walter, 1997). En vista de la variedad en los resultados, se necesita mayor investigación con respecto a la comorbilidad que permita tener información concluyente, al momento sería importante que en la práctica el profesional esté atento ante posibles psicopatologías adicionales y sobre todo que se atienda las dificultades de cada paciente incluyendo los intentos de suicidio y autolesión.

Prevalencia

A pesar de que no se conocen estudios recientes sobre la epidemiología se sigue considerando un trastorno raro (Hales, 2008) anteriormente se estimaba que existían treinta mil casos alrededor del mundo (Lothstein, 1980 en Hales, 2008). Se tiene mayor información de aquellos que buscan cirugía de reasignación de género, se estima que uno de cada treinta mil varones, y una de cada cien mil mujeres que padecen de TIG la solicitan (Hales, 2008).

Lo que sí se conoce es que hay más casos en hombres que en mujeres, de acuerdo con Matto (1972) de los casos reportados de transexualidad el 80% aproximadamente corresponde a casos hombre-a-mujer (Tewksbury, Richard, Gagne y Patricia, 1996). Así mismo un estudio con niños que revisaba la incidencia de casos en un período de 17 años encontró una relación de 6,6:1, siendo más frecuente el trastorno en varones que en niñas (Zucker, Bradley, Sanikhani, 1997 en Hales 2008). Es decir que los casos de TIG mujer-a-hombre son aún menos comunes dentro de esta

patología. La literatura científica acerca de el TIG en mujeres biológicas que se identifican como hombres es mucho menor que la disponible sobre hombres biológicos con identidad femenina (Tewksbury, Richard, Gagne, Patricia y1996) probablemente debido a lo poco frecuente del trastorno en mujeres, esto demuestra que este es un campo en el que se requiere ampliar la investigación y que así mismo es importante difundir la información que ya se encuentra disponible al momento.

Causas y punto de vista del trastorno desde algunos enfoques teóricos

Existen diversos enfoques teóricos que abordan de alguna manera la condición transgénero. Uno de ellos es el de Judith Butler, una filósofa y teórica de género, quien sostiene que los roles de género no son naturales sino aprendidos culturalmente, desde su teoría la patologización de las personas transgénero, es decir aquellas que se identifican y viven como el sexo opuesto, ha conducido a la discriminación, la violencia y al acoso hacia dichas personas. Butler habla de la necesidad de no desestimar el deseo de la persona transgénero de transformar su cuerpo puesto que constituye el derecho a definir la propia identidad (Butler, 2004).

De acuerdo con Kirk y Belovics (2008) las causas de esta condición continúan siendo un misterio, refieren que en el 2003 Levy, Crown y Reid sugirieron que podría deberse a exposición a niveles anormales de hormonas dentro del útero o durante la niñez, sin embargo de existir un vínculo entre la influencia hormonal dentro del útero y la identidad de género posterior, esta aún está por establecerse científicamente. Por otro lado el hecho de que existan diferencias estructurales en el cerebro correspondientes a un género cruzado en las personas con este trastorno podría ser una causa o un efecto pero esto aún no está claro (Zhou, Gooren y Swaab, 1995 en Barlow y Durand, 2009). Desde el punto de vista neuropsicológico se ha investigado la posibilidad de que el cerebro de las personas transexuales presente características

del sexo al que siente pertenecer, aunque no concuerde con el de sus genitales, en una de estas investigaciones que buscaba confirmar hallazgos anteriores en esta línea, se comparó en los sujetos el número de neuronas secretoras de somatostatina (esta hormona se encarga de inhibir la síntesis y/o secreción de la hormona del crecimiento) en la parte central de la porción base de la stria terminalis, normalmente esta zona es más grande en los hombres que en las mujeres (Kruijver, Zhou, Pool, Hofman, Gooren, y Swaab, 2000). La comparación se realizó en 42 sujetos en relación al sexo, orientación sexual, identidad de género, y estatus hormonal presente y pasado, se encontró que independientemente de su orientación sexual, los hombres registraron el doble de neuronas de somatostatina en comparación con las mujeres ($P < 0.006$) (Kruijver, Zhou, Pool, Hofman, Gooren, y Swaab, 2000). En los transexuales nacidos hombres y con identidad de género femenina el número de neuronas fue similar al de las mujeres ($P = 0.83$), en el caso de transexuales nacidas mujeres y con identidad de género masculina el número de neuronas estuvo dentro del rango correspondiente a los hombres (Kruijver, Zhou, Pool, Hofman, Gooren, y Swaab, 2000). Estos descubrimientos parecen confirmar que existe una base biológica de lo que experimentan los transexuales al sentir que el desarrollo de sus genitales va en dirección opuesta que el de su cerebro. Sin dejar de lado los factores biológicos y genéticos que influyen de manera decisiva en la formación de la identidad de género, la perspectiva psicológica es la de mayor relevancia para propósitos psicoterapéuticos.

Otra visión corresponde al modelo de la teoría del aprendizaje, que toma en cuenta los procesos cognitivos en la socialización (Bandura, 1977, en Eckes y Trautner, 2000), se sabe por ejemplo que los niños tienden a observar con mayor atención los comportamientos de los modelos su mismo sexo (Eckes y Trautner, 2000). Según esta teoría la identidad de género empieza a desarrollarse en la infancia

cuando el niño o la niña se identifica con modelos de su mismo sexo, los imita y recibe reforzamiento positivo por este comportamiento, cuando esto no sucede, es decir si el reforzamiento no se da o si es inconsistente, y además los comportamientos del sexo contrario son reforzados ya sea abiertamente o no, el sujeto desarrolla la disforia de género (Hales, 2008).

El modelo psicoanalítico por su parte sitúa el desarrollo de la identidad de género en la etapa pre-edipal y se lo relaciona con el apego (Zucker y Bradley, 1995 en Hales, 2008), en el caso de los niños varones la teoría psicoanalítica sostiene que una privación temprana del vínculo con la madre puede conducir a una fusión simbiótica con la madre, creando una dificultad para el niño en reconocerse como una persona aparte (Hales, 2008), en esta línea las investigaciones clínicas de Green (1987) y Stoller (1968, 1975a, 1975b, 1979) muestran que efectivamente los individuos con TIG hombre-a-mujer tienen una relación demasiado cercana a la madre y una relación ambivalente con el padre (Hales, 2008). Con respecto a factores referentes al medio familiar, Zucker y Bradley (1995) reportan experiencias vividas por las madres de las personas con TIG durante una etapa sensible del desarrollo de la identidad de género en la infancia, tales como la muerte de un hijo, abuso físico y sexual e infidelidad del esposo (Hales, 2008). También se ha descrito constelaciones asociadas presentes en la infancia, en los varones se sugiere una relación extremadamente cercana con la madre y un padre distante, mientras que en las niñas se sugiere la presencia, en los primeros meses de vida, de una madre depresiva junto con un padre ausente o que no apoya a la madre y que a su vez anima a la niña a tratar de calmar la depresión de la madre (Stoller, 1968 en Di Ceglie, 2000). Según Stoller (1968), las dificultades con respecto al género previamente presentes en la generación anterior, es decir los padres se puede manifestar en la siguiente generación en forma

de síntoma (Valerio, 2011), de manera que no solamente se trata de un aprendizaje derivado de las conductas paternas, sino también de la transmisión de la información de una generación a otra incluso antes del nacimiento, esto es consistente con el reciente descubrimiento de Kandel de que los pensamientos y conductas aprendidos por los padres, modifican a través de cambios en las estructuras neuronales, la protein kinasa A se mueve del cuerpo de la neurona a su núcleo formando memorias a largo plazo y activando los genes que se expresan y que son transcritos en la siguiente generación (Doidge, 2007). En un estudio realizado por Buhrich y McConaghy (1978) se examinó las relaciones de transexuales hombre-a-mujer con sus padres y madres a través de autoreportes, se encontró significativamente un mayor involucramiento de las madres y menor de los padres en la crianza que el reportado por los controles, simultaneamente se encontró que en comparación con los controles, los sujetos transexuales reportaron más frecuentemente que su madre había deseado una niña antes de que ellos nacieran (Buhrich y McConaghy, 1978 en Richard, 1995). Sin embargo cabe destacar que solamente el deseo de los padres de tener un hijo del sexo contrario, o la presión directa de los padres por criarlo con el rol del sexo opuesto no es suficiente para el desarrollo del TIG (Di Ceglie, 2000), ya que se requieren varios factores presentes al mismo tiempo, en un período crítico para detonar el trastorno (Coates, Spector, Friedman y Wolfe 1991; Money, 1994).

Según Di Ceglie (2000) se ha asociado al abuso sexual en la infancia con un pequeño porcentaje de los casos de TIG. Devor (1994) por su parte, realizó un estudio con 45 participantes, todas ellas mujeres biológicas con TIG, a quienes se les hizo entrevistas personales y cuestionarios escritos con preguntas exploratorias sobre diferentes períodos de sus vidas, en las experiencias de la infancia se investigó sobre

experiencias de abuso físico, sexual y emocional, un 60% reportó uno o varios tipos de abuso adicionalmente reportaron haber experimentado miedo, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios e intentos de suicidio, que se suelen encontrar en los efectos a largo plazo del abuso infantil, algunos de los participantes especularon que en algunos casos el ser transexual podría ser una medida extrema de adaptación en respuesta a abusos severos en la infancia (Devor, 1994). El abuso fue perpetrado por parte del padre u otra figura masculina dominante en sus vidas (Devor, 1994 en Petersen, 1998).

Tratamiento

De acuerdo con Cohen-Kettenis (2010) una identidad de género que se ha cristalizado no es curable a través de la psicoterapia, en el sentido de que no se considera probable que tras la terapia la persona se identifique con el género con el que nació, también Levy afirma que no existe cura para el desorden de identidad de género, pero que los síntomas pueden ser aliviados a través de tratamientos quirúrgicos y hormonales; mientras que la parte emocional debe ser tratada, especialmente el miedo y la tensión causados por la falta de aceptación social, Levy sostiene que si no se trata esta parte los individuos con disforia de género tienen un mayor riesgo de presentar depresión e intentos de suicidio (Levy et al, 2003 en Kirk y Belovics 2008).

En un estudio con 415 transexuales hombres y mujeres, se se encontró que que si bien el iniciar tratamiento psicológico no condujo a la “cura” de la disforia, el tratamiento de la parte emocional con terapia y consejería condujo a cambios importantes, ya que al aceptar su condición y comprender las dinámicas de esta condición los participantes pudieron percibirse a sí mismos como más felices, cada vez más competentes, y más productivos en términos de sus actividades laborales y

no laborales, el iniciar un tratamiento les proporcionó mayor estabilidad que se reflejó en una disminución de los comportamientos autodestructivos como: mutilación genital, intentos de suicidio, abuso de sustancias; entre las variables que se encontró que contribuyeron a mejoras en el auto – concepto y el la relación con el medio ambiente en general estuvo el desarrollar capacidad de insight y el conocer a otros con preocupaciones similares (Cole, Boyle, Lee, Walter, 1997).

Un ejemplo de psicoterapia que no busca el cambio de identidad de género, sino el aumento general del bienestar de los pacientes es presentado en una investigación realizada con 40 mujeres transexuales, con quienes se utilizó un método de terapia grupal, en la que se discutieron temas relacionados a las expectativas frente a la cirugía de reasignación de género, problemas relacionales, familiares y laborales, el grupo mismo actúo como ayuda, al brindar comprensión y enfatizar las estrategias utilizadas por miembros del grupo que les habían sido útiles en el pasado, como resultado dos personas desistieron de optar por la cirugía y se redefinieron como lesbianas, 12 obtuvieron la cirugía exitosamente y el resto requirieron continuar con el tratamiento psicológico (Yüsel, Kulaksizoglu y Sahin, 2000). La dificultad que presenta este tipo de intervención consiste en encontrar varios sujetos con este diagnóstico dispuestos a participar.

A pesar de que el cambio de género tras la psicoterapia no es la norma existen casos, si bien son pocos, donde el cambio de género tras la psicoterapia se ha dado, a continuación se revisan algunos tratamientos de diversos enfoques que se han documentado en la literatura científica, la mayoría de ellos con pacientes adolescentes, definidos por sus autores como tratamientos exitosos, ya que algunos de ellos llegaron a una identificación completa con el propio género, el primero según Meyenburg (1999) fue tratado por Philippopoulos durante seis meses se trataba de

una paciente de 17 años y la terapia fue de corte psicoanalítico, como resultado la paciente se identificó como mujer y tras cinco años mantuvo su identidad femenina (Philippopoulos, 1964 en Meyenburg, 1999). Otros dos casos con terapia psicoanalítica fueron descritos por Kirkpatrick y Friedmann (1976), esta vez con una paciente de 18 años y un paciente de 19 años, como resultado ambos abandonaron el deseo de realizarse cirugía y mantuvieron su orientación sexual identificándose como homosexuales (Kirkpatrick y Friedmann, 1976 en Meyenburg, 1999). Actualmente en la línea psicoanalítica se está llevando a cabo una investigación en la Universidad de Estudios de Nápoles Federico II que busca documentar y evaluar la efectividad de la terapia psicoanalítica en 40 pacientes con TIG (Valerio, 2011) habrá que esperar para obtener información derivada de este estudio para contar con información de una muestra más amplia. Lo que se ya se sabe a la fecha gracias a la investigación neuropsicológica es que gracias a la neuroplasticidad la terapia psicoanalítica opera cambiando y reorganizando el cerebro y por lo tanto la conducta hacia niveles más altos (Doige, 2007). Cuando el paciente revive traumas que despiertan emociones incontrolables hay una baja en el flujo sanguíneo hacia los lóbulos frontales y prefrontales los cuales ayudan a regular el comportamiento, en la terapia lo que ocurre es que con la cura del habla se amplía la esfera funcional de influencia de los lóbulos prefrontales (Solms y Turnbull, 2002 en Doige, 2007), es decir se amplía la conciencia y se autoregula la conducta. Otro ejemplo de lo que ocurre con la terapia psicoanalítica a nivel neuronal es que la disociación, que mantiene ideas, sensaciones y memorias dolorosas separadas del resto de la psique, estas ideas están representadas en ciertos grupos neuronales, los cuales pasan a ser reconectados al resto de grupos neuronales, sintiéndose el paciente más completo (Doige, 2007). Los escaneos cerebrales confirman la reorganización que tiene lugar en el cerebro tras la

psicoterapia, y este aprendizaje produce cambios en la expresión genética (Kandel, 1998 en Doige, 2007). La psiquiatra Vaughan (1998) sostiene que en la cura del habla del psicoanálisis, el psicoanalista actúa como un microcirujano de a mente, logrando alteraciones necesarias en las redes neuronales del paciente (Vaughan, 1997 en Doige, 2007).

En la línea conductual se ha reportado algunos casos, el primero es el de un paciente de 17 años a quien se le enseñó modos más masculinos de actuar y cuyos patrones de excitación sexual fueron modificados, un seguimiento 6 años más tarde mostró que las conductas alcanzadas continuaban (Barlow, Reynolds y Agras, 1973 y Barlow, Abel y Blanchard, 1979 en Meyenburg, 1999). También está el caso de una paciente de 14 años a quien se animó activamente a vivir como mujer, se utilizaron técnicas de modificación de la conducta, tras veinte meses de sesiones asumió un rol femenino (Davenport y Harrison, 1997 en Meyenburg), de manera similar sucedió con una tercera paciente 15 años en cuyo caso se reportaron resultados similares (Kronberg, Tyano, Apter y Wijsenbeck, 1981 en Meyenburg, 1999). Sin embargo, según lo reportado por Shechner (2010) también se ha documentado 13 casos de TIG tratados en la infancia con intervenciones de tipo conductual, las cuales se ha encontrado que fueron inefectivas, dichas intervenciones se concentraban en el comportamiento de juego y en ellas un adulto reforzaba los comportamientos considerados adecuados, los niños de hecho volvían a sus patrones de juego correspondientes al sexo contrario cuando el adulto no estaba presente y además el comportamiento no se generalizaba hacia otras conductas fuera del juego (Zucker, Cohen-Kettenis en Rowland, 2010).

De estos casos se puede concluir, en primer lugar que sí es posible a través de intervenciones psicoterapéuticas cambiar la identidad de género en ciertas ocasiones.

En segundo lugar se puede mencionar que si bien se han reportado casos donde se ha dado cambios estables en la identidad de género, estos son contados. En tercer lugar destaca que se ha tratado por lo general de estudios carentes de seguimiento, controles y estandarización suficientes, haciendo de este campo de trabajo clínico aún incierto (Cohen-Kettenis y Goren, 1999 en Valerio, 2011), de ahí la necesidad de seguir investigando al respecto. Queda todavía abierta la discusión sobre los dilemas éticos que se presentan en ciertos tipos de intervención que intentan imponer una identidad de género y no aceptar otras, el enfoque tradicional en la salud mental ha llevado a comportamientos que intentan forzar a las personas a adaptarse a patrones rígidos de género para adaptarlos a la sociedad en ocasiones contra el bienestar de los pacientes (Scholinski y Adams, 1997; Pleak, 1999 en Chen-Hayes, 2001), a pesar de ello en todos los casos revisados parecen haber un acuerdo en el deseo de disminuir el sufrimiento de las personas con TIG.

El enfoque humanista propone ver la identidad de género como un constructo cultural y no como una patología, y aplica un modelo basado en el desarrollo de las fortalezas en la terapia, ya que considera a las personas transgénero como personas que requieren de honestidad, claridad, valentía perseverancia, dignidad, inteligencia y perseverancia entre otras cualidades para desafiar las normas culturales de género (Chen-Hayes, 2001). Adicionalmente en dicho modelo se busca la afirmación de la realidad de estas personas resaltando la necesidad de encontrar congruencia que tiene esta población, Chen-Hayes (2001) sostiene que a mayor reconocimiento sobre su condición esta personas encuentran mayor felicidad, claridad y alegría, ya que por lo general la población transexual experimenta disonancia referente a su identidad y su cuerpo (Vanderburgh, 2009). El paciente tiene la capacidad y el derecho de elegir lo mejor para sí mismo, incluyendo la actualización de su identidad que desafía las

concepciones tradicionales de género (Vanderburgh, 2009).

Existen registros de algunos casos de TIG tratados con hipnosis, Beigel (1965) reporta el tratamiento de 24 casos, de los cuales 10 resultaron en un cambio de identidad de género, desde la perspectiva del autor el objetivo terapéutico era influenciar las ideas del individuo, convenciéndolos de que su condición no es innata, ni es un error genético sino una conducta aprendida de escape, motivarlos a volver a su rol original, permitirles recordar y entender la causa de su trastorno y reducir la sobreestimación del rol opuesto (Beigel, 1967). Al igual que algunos de los tratamientos anteriormente mencionados esta utilización de la hipnosis muestra la extensión en que pueden llegar a ocurrir los cambios en este trastorno en algunos casos, sin embargo esta descripción muestra una clara utilización sugestiva de la hipnosis, la dificultad que presenta esta forma de hipnosis es la cuestionabilidad de introducir cambios con contenidos poco aceptantes hacia el paciente, ya que la falta de aceptación de la condición y el intento de cambiarla causan una gran cantidad de estrés en el paciente (Bartlett et al., 2000 en Vanderburgh, 2009), Vanderburgh (2009) recopila gran cantidad de casos en los que el intento de los terapeutas de diversas corrientes por cambiar el patrón de identidad de género actual resulta antiterapéutico, ocasionando que los pacientes se cierren emocionalmente por años o internalicen experiencias de no ser creídos, o aceptados.

Sin embargo no por ello en la terapia debe descartarse la utilidad de la hipnosis, de acuerdo con Granone el valor y la importancia terapéutica de la hipnosis se encuentran en las vías de acceso que abre a la personalidad psíquica profunda, incluyendo lo físico y lo emocional (Granone, 1973). Un meta-análisis de 18 estudios en los cuales se comparaba los efectos de la terapia cognitiva sin hipnosis y con hipnosis reveló que con hipnosis los tratamientos fueron más efectivos en un 70%

(Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995), esto indica que el uso de la hipnosis puede amplificar los beneficios psicoterapéuticos.

Algunos autores como Freud y Weiss han entendido erróneamente a la hipnosis y la sugestión como algo inseparable, Freud creyó en un momento que en la hipnosis el terapeuta actuaba como un ser omnipotente sobre el paciente quien tomaba la postura de un sujeto indefenso (Freud, 1921), y Weiss sostuvo que la hipnosis es una terapia sugestiva de resultado dudoso, cuyas posibilidades son bastante limitadas y temporales (Weiss, s.f. en Granone, 1973), sin embargo a lo que verdaderamente se refieren es a la sugestión como método terapéutico. Existe hipnosis con y sin sugestión, y sugestión con y sin hipnosis (Meinhold, 2008), en otras palabras un enfoque terapéutico podría beneficiarse de la hipnosis siempre y cuando no utilice la sugestión ni se oriente a "corregir" o cambiar la identidad de género del paciente. La hipnosis es un estado de conciencia que es utilizado en diferentes terapias con distintas orientaciones (Meinhold, 2008) y no un método terapéutico en sí mismo, este estado de conciencia tiene características fisiológicas específicas distintas del sueño como lo muestran los estudios electro-encefalográficos (Crawford y Gruzelier, 1992 en Gruzelier, 1998) y distinta de estados alterados como los producidos por ingestión de drogas (Escobedo, 2010). Una revisión de varios experimentos sobre la neurofisiología de la hipnosis muestra que durante el estado hipnótico se dan: 1. activación de procesos inhibitorios de la región frontal límbica anterior, 2. inhibición o desconexión anterior, ya sea en el hemisferio izquierdo o en ambos dependiendo del proceso, 3. involucramiento del procesamiento temporoposterior derecho, habilidades atencionales superiores en individuos susceptibles, mientras en los no susceptibles la habilidad atencional inicia baja y va en aumento durante la inducción (Gruzelier, 1998). La investigación ha demostrado una preponderancia relativa de la actividad en

el hemisferio derecho durante la hipnosis tradicional y activa (Gruzelier, 1989; Mézszáros, 1985 en Linn y Rhue, 1991) el cual se asocia con las emociones, lenguaje no verbal y musicalidad del lenguaje con estrategias de pensamiento integradoras (Doige, 2007). Y una baja en la activación de la corteza prefrontal que se asocia con la inhibición de las emociones y los instintos (Doige, 2007).

La inducción hipnótica comienza involucrando los sistemas de control ejecutores anteriores y luego involucra el tálamo y el tallo (Gruzelier, 1998). Llinás, Ribary, Joliot y Wang (1994) proponen un modelo de consciencia o "darse cuenta" como un evento no continuo que está determinado por: 1. la actividad simultánea en núcleos talamocorticales específicos que proveen el contenido de la experiencia, y 2. la proyección difusa del sistema talámico que provee el contexto y la alerta, Gruzelier considera que el control de la actividad talámica de la hipnosis es prometedora para generar esta consciencia (Gruzelier, 1998).

El Entrenamiento Autógeno de Schultz en su nivel básico (EAB) es una forma de autohipnosis, originalmente desarrollado por el médico y psicoterapeuta alemán Schultz a comienzos del siglo veinte, el origen de ésta técnica se remonta a sus investigaciones sobre los vínculos entre cuerpo y mente en la hipnosis terapéutica (Rosa, 1976 en Yurdakul, Holtum y Bowden, 2009). Es una técnica con la que se obtiene un reposo y un reestablecimiento intensos a nivel psíquico-corporal, es una forma de meditación que comparada a otras tiene la ventaja de ser muy sencillo de aprender (Meinhold, 2008). Benson (2000 en Yurdakul, Holtum y Bowden 2009) menciona al EAB como una de varias técnicas que junto con la meditación trascendental evoca una respuesta de relajación, varios estudios de caso hechos con electrodos fueron revisados por Linden (1990 en Yurdakul, Holtum y Bowden 2009),

los resultados arrojados sugieren que el EAB puede inducir un estado meditativo y según Luthe y Schultz (2001, en Yurdaku, Holttum y Bowden, 2009) los cambios que produce el EAB son diametralmente opuestos a los que genera el estrés.

El EAB ha demostrado ser efectivo para tratar los síntomas de estrés y ansiedad, en un estudio con una muestra de 12 participantes escogidos entre 40 personas que fueron instruidas en la práctica del EAB se reportó reducción de la ansiedad, cesación de los ataques de pánico, mejoras en el sueño, mejoras en el estado de ánimo y una mejora general en la percepción de bienestar. Según esta misma investigación la práctica regular del EAB parece tener efectos en la cognición, la reducción de la preocupación y aumenta la claridad de pensamiento (Yurdakul, Holttum y Bowden, 2009).

También se ha investigado su efectividad para reducir síntomas relacionados con la tensión tales como dolores de cabeza tensionales, migraña y una combinación de ambos (Zsombok, Juhasz, Budavari, Vitrai y Bagdy, 2003) dolor de pecho (Asbury, Kanji, Ernst, Barbir y Collins, 2009), insomnio (Robinson, Bowden, y Lorenc, 2010) entre otros, con resultados significativos en la reducción de los síntomas.

Debido a las dificultades asociadas al TIG que se mencionaron anteriormente tales como: el aislamiento social y deterioro en el nivel de autoestima (Cohen y Van Gooren, 1997 en Bergero, et al., 2001); el malestar hacia el propio género (Levine, et al., 1999); el estrés generado por la disonancia entre su condición y sus creencias religiosas (Fink, 2009) y la preocupación por el aspecto físico (Bergero et al., 2004) entre otros estresores, el aprendizaje de una técnica de relajación tiene una especial importancia para regular los niveles de ansiedad del paciente, adicionalmente

constituye una herramienta que el paciente puede continuar aplicando incluso luego de terminado el tratamiento y así profundizar sus beneficios.

Consideraciones y lineamientos para el tratamiento

Para asegurar un manejo adecuado por parte de los profesionales y con el fin de maximizar el bienestar general psicológico y autorealización existen estándares creados por el Comité de la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (1998) son lineamientos clínicos que regulan el tratamiento de este trastorno, dentro de estos estándares se considera que la psicoterapia tiene como meta promover un estilo de vida estable con oportunidades realistas de éxito en las relaciones, educación, trabajo, identidad y rol de género (Levine, et al. 1999).

Algunos de éstos estándares según Levine, et al. incluyen el establecimiento de una relación de confianza con el paciente, sin juzgarlo; el trabajar con la complejidad total de la persona, y no solamente con una definición limitada de género, con la finalidad de ayudar a la persona a vivir más cómodamente dentro de un rol y cuerpo; facilitar al paciente el lidiar efectivamente con asuntos fuera del género; también se menciona que las sesiones deben permitir apreciar la historia de la persona, comprender sus dilemas actuales e identificar ideas poco realistas y comportamientos maladaptativos (Levine, et al., 1999).

Un comité de expertos en temas de identidad de género en varias disciplinas, por su parte redactó lineamientos de tratamiento como un recurso para los profesionales de la salud que tratan el TIG, uno de estos lineamientos especifica claramente que el trastorno es incurable y que los intentos por revertir la identidad de género llevan a esta población a invertir grandes cantidades de tiempo y dinero en tratamientos psicológicos de esta índole, dentro de otras estrategias para cambiar su identificación, cuando en realidad los asuntos no resueltos sobre el género tienden a volver una y otra

vez, por ello no recomiendan enfocarse en el cambio de la identidad de género sino en el resto de dificultades asociadas, otros lineamientos planteados por el comité incluyen la confidencialidad, proveer información y buscar apoyo grupal cuando sea posible (Israel y Traver, 1997). Se aconseja que los profesionales de la salud ayuden a los pacientes a explorar las relaciones cambiantes y las experiencias corporales que trae la transición (Reicherzer y Anderson, 2006).

Un factor adicional que se ha identificado como importante en el afrontamiento de las dificultades experimentadas por los transexuales tiene que ver con la resiliencia, definida como un "conjunto de conductas aprendidas desde el sistema de creencias de la persona que preceden su habilidad de afrontamiento" (Jew, Green, y Kroger, 1999 en Singh, Hays y Watson, 2011, pp. 21) se realizó un estudio con 21 participantes transgénero, hombres y mujeres entre los 21 y 52 años para determinar a través de entrevistas los estilos de resiliencia utilizados exitosamente para afrontar la opresión, se encontró cinco temas predominantes: el primero fue la capacidad de autodefinir e identificar su género en sus propias palabras, yendo más allá de las limitaciones de la visión binaria de los géneros que solo contempla a hombres y mujeres; el segundo fue el reconocimiento de su valor propio, refiriéndose a su derecho de existir como seres humanos; el tercero fue el tener conciencia de la opresión, es decir el poder reconocer los mensajes de rechazo hacia la condición trans y no internalizarla; el cuarto tiene que ver con la conexión con una comunidad de apoyo; por último se identificó el cultivar esperanza en el futuro como método de afrontamiento de las dificultades que les ayudaba a seguir adelante (Singh, Hays, y Watson, 2011). Estas estrategias podrían ser promovidas en la psicoterapia con el fin de brindar más herramientas a los individuos con TIG.

Implicaciones en el tratamiento

Luego de revisar lo que los diferentes enfoques terapéuticos ofrecen para el entendimiento y tratamiento del TIG se hace evidente la necesidad de un modelo terapéutico que integre las fortalezas de estas visiones. Un enfoque que: permita tratar los eventos comúnmente asociados al trastorno, y la información subconsciente que está detrás de las conductas y emociones como lo hace el análisis biográfico del psicoanálisis; que comprenda al paciente como un ser resiliente, le permita desarrollar sus fortalezas, que sea aceptante y vea al individuo como un todo en concordancia con los lineamientos estándar aprobados para el tratamiento de este trastorno específico (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 1998), facilitando experiencias de orden espiritual como sucede en la terapia humanista y dentro de esta corriente más específicamente en la terapia Gestalt; que permita reconocer cogniciones ego-distónicas y transformarlas en ego-sintónicas como lo hace la terapia cognitiva; y que logre acceder a profundidad en la experiencia del sujeto, a través de las estructuras neuronales adecuadas como puede hacerse con la hipnosis no sugestiva, permitiéndole que el paciente construya su propia identidad de forma que le genere el mayor bienestar posible.

Existen terapias que combinan el uso de la hipnosis con el análisis de los contenidos subconscientes como es el caso del hipnoanálisis, Krogey y Yapko (2008) sostienen que esta combinación en la terapia contribuye a acelerar el proceso de hacer conscientes los contenidos ocultos y sus significados, sin embargo dejan de lado la visión humanista no orientada al síntoma y el aspecto espiritual, también existen terapias que combinan la facilitación de experiencias espirituales con la utilización de estados no ordinarios de consciencia similares a la hipnosis como lo hace la psicología transpersonal, pero dejan de lado el trabajo con el subconsciente y biográfico, por ello

una terapia que integre todos estos elementos permitirá abarcar con mayor amplitud la psicopatología, y la experiencia humana en general. En el caso del TIG donde la persona se siente dividida en su cuerpo y su identidad, en sus creencias religiosas y necesidades, el paciente se podría ver beneficiado por un enfoque que sea integrador tanto en la teoría como en la práctica.

2. TERAPIA

HISTORIA DE LA TERAPIA HIPNOINTEGRATIVA DE PSICOLOGIA PROFUNDA (THIPP)

La Terapia Hipnointegrativa de Psicología Profunda (THIPP) fue creada por el alemán Werner Meinhold, entre los años 1971 y 1997 (Moya, 2008). Se origina en años de investigación independiente acerca de las medicinas tradicionales del mundo y sus conexiones con la hipnosis, la medicina holística, el funcionamiento del inconsciente, la espiritualidad, entre otros diversos y profundos estudios (Moya, 2008). El desarrollo de esta terapia se vio claramente influido por importantes sucesos en su vida tales como un par de ataques de poliomielitis, una experiencia cercana a la muerte; y la influencia que ejercieron en su vida grandes maestros como Eckart, Goethe, Freud, entre otros (Moya, 2008).

La THIPP

En el análisis biográfico de psicología profunda bajo hipnosis de la THIPP se parte de una estructura terapéutica que consiste en la exploración de cada año de vida del paciente, empezando desde la edad actual hacia atrás hasta llegar a la etapa intrauterina y a la concepción (Meinhold, 2008). En cada sesión se trabaja un año de la historia de vida, con el objetivo de traer a la consciencia y procesar, las causas de una enfermedad que se fundamentan en la biografía del individuo, por lo general en la

infancia temprana, y que fueron relegadas en el inconsciente desde puntos de vista de psicología profunda, muy similares a los empleados en el psicoanálisis y puntos de vista holísticos, similares a los empleados en la terapia Gestalt (Meinhold, 2008). Así se logra amplificar la consciencia del paciente y que éste pueda reconocer los engramas que se han fijado a través de la educación a lo largo de la vida, para decidir libre y conscientemente sobre su propia filosofía de vida, deshipnotizándose (Meinhold, 2008). También existe la modalidad de análisis focal bajo hipnosis, que trabaja con los mismos principios del análisis biográfico y requiere de menos sesiones, que van de tres a veinte y que se enfoca en ciertos temas de interés (Meinhold, 2008).

Logros con la THIPP

Según lo observado por Meinhold (2008) con el hipnoanálisis completo hasta la infancia temprana el paciente logra un autoconocimiento y aceptación comprensiva y conciliadora de su historia de vida, se esclarecen las fuerzas reprimidas de su naturaleza y se las libera para que cumplan con sus propias metas creativas, las partes emocionales y racionales evolucionan hacia una convivencia sana, así parecen indicarlo los reportes de caso presentados por Meinhold. Meinhold refiere que muchos de los pacientes reconocen la interconexión psíquica - espiritual como parte de un todo mayor durante el tratamiento y que aumentan la seguridad, la realización del sentido de vida, la capacidad de decisión, la creatividad, fuerza vital y alegría por vivir (Meinhold, 2008). También menciona que los trastornos psíquicos en general, a pesar de que no se trabaje directamente sobre los síntomas disminuyen durante la terapia debido a que dejan de ser necesarios (Meinhold, 2008).

La THIPP y la hipnosis

La hipnosis como se ha dicho es un estado de conciencia distinto al sueño, la vigilia y a los estados inducidos por drogas (Crawford y Gruzelier, 1992 en Gruzelier, 1998; Escobedo, 2010), que abre las vías de acceso hacia los contenidos profundos del paciente (Granone, 1973), el cual tiene la capacidad de amplificar notablemente los efectos de la psicoterapia (Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995). Desde el punto de vista neurofisiológico se asocia la hipnosis con la activación de zonas que manejan las emociones, lenguaje no verbal y musicalidad del lenguaje con estrategias de pensamiento integradoras y una desinhibición de las emociones e instintos (Doidge, 2007); también se asocia a la hipnosis con el control de la actividad talámica que es consistente con el modelo de "darse cuenta" propuesto por (Llinás, Ribary, Joliot y Wang, 1994).

Todo esto es consistente con la definición de Meinhold de hipnosis, quien además sostiene que la hipnosis consiste en un estado de conciencia ampliado que comprende varios niveles de acuerdo a las estructuras cerebrales activadas, y que es el predominante en la infancia antes de que se desarrolle la dominancia de la corteza del hemisferio izquierdo (que corresponde a la vigilia) y que continúa estando presente a momentos en la edad adulta cuando existen por ejemplo comportamientos repetitivos que no son lógicos, o cuando hay acciones innecesarias contra la vida que se activan por un adiestramiento o aprendizaje erróneo anterior (Meinhold, 2008). Meinhold (2008) sostiene que para acceder a las experiencias que originan los conflictos actuales se debe acceder a las estructuras cerebrales que estaban activas al momento en que se grabaron las experiencias que los originaron, y esto se puede lograr con la ayuda de la hipnosis. Por todo esto la THIPP utiliza a la hipnosis como una condición que favorece la adquisición de una mayor conciencia en la terapia, logrando una des-

hipnotización en la vida diaria, es decir que el paciente puede actuar con mayor libertad, cada vez más libre de condicionamientos pasados (Meinhold, 2008). En el TIG los pacientes se ven beneficiados del uso de la hipnosis ya que les permite acceder a los orígenes de los conflictos actuales y a eventos traumáticos que suelen estar presentes en sus vidas (Herek, Gillis y Di Ceglie, 2000; Kuehnle y Sullivan, 2001; Kersting, Reutemann, Gast, Ohrmann, Suslow y Michael, 2003 en Valerio, 2011) para tratarlos y sanar sus secuelas.

Otra forma de hipnosis, es la autohipnosis, una de las herramientas empleadas en la THIPP es el EAB de Schultz, la cual adicionalmente a los beneficios antes mencionados de esta técnica (Luthe y Schultz, 2001; Yurdakul, Holttum y Bowden, 2009; Zsombok et al., 2003; Asbury et al., 2009; Robinson, Bowden, y Lorenc, 2010), puede ayudar, como se mencionó a aliviar la ansiedad generada por algunas dificultades asociadas al TIG como la disonancia entre su cuerpo y su identidad (Levine, et al., 1999); y entre su condición y sus creencias religiosas (Fink, 2009) y otras. Además el EAB permite incluir fórmulas o afirmaciones, es decir auto-sugestiones escogidas por el paciente que refuerzan contenidos sanos hallados durante la sesión de terapia, en el estado hipnoide que provoca el EAB estas fórmulas ejercen un profundo efecto y permiten al paciente continuar con el proceso terapéutico entre sesiones (Meinhold, 2008).

Corrientes psicológicas y otras fuentes en las que se basa la THIPP

La THIPP recoge aportes de diversas corrientes psicológicas y filosóficas; y agrega sus propios aportes (Moya, 2009), articulando un sistema terapéutico integral, dada la complejidad de cada una de estas corrientes en el presente documento se enfoca en analizar algunos de los aportes más relevantes desde el punto de vista psicológico y su importancia para el tratamiento de pacientes con trastorno de

identidad de género. A continuación se analizan los aportes que recoge y amplía de la corriente humanista, y del psicoanálisis:

La THIPP y la corriente Humanista

La THIPP integra varios postulados de la psicología humanista, incluyendo elementos tanto de la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers, como de la Terapia Gestalt de Perls, a continuación se analizan algunos de estos elementos, así como su importancia en el tratamiento del TIG:

Tanto la visión humanista como la THIPP ven al individuo como poseedor de una tendencia inherente a desarrollarse, capaz de una actualización y de cambio constructivo, la corriente humanista considera que el ser humano es resiliente y con una inclinación natural a la supervivencia y el crecimiento, en movimiento constante hacia la salud (Combs en Cain, 2001). En la misma línea la THIPP ve al déficit como prófícut, en palabras de Meinhold durante un ciclo de conferencias en Ecuador sobre la terapia y la hipnosis “Entre más obstáculos, mayor reconocimiento. La tarea sería reconocer las cosas mediante los obstáculos, esto es una posibilidad de reconocimiento y es consciente. Estoy en mi desarrollo personal, un espiral más arriba. En el nivel de terapia espiritual, los déficits son en realidad prófícuts porque nos permiten reconocer” (Meinhold, 2010), es decir que todo obstáculo, o dificultad encontrada a lo largo de la vida del individuo es generador de desarrollo y crecimiento acercan al individuo a un estado de mayor. Dado que el TIG está clasificado como una patología que no es curable después de la adolescencia (Cohen-Kettenis, 2010; Israel y Traver, 1997), es importante que en el tratamiento se ponga énfasis en la posibilidad del paciente de acercarse hacia estados de mayor salud a través de sus dificultades actuales, y de desplegar su capacidad para organizarse hacia un mayor bienestar. De otra manera podría verse a la psicoterapia únicamente como

un requisito para acceder al tratamiento hormonal o la cirugía de reasignación de género (Yüsel, Kulaksizoglu y Sahin, 2000) en lugar de apreciarla como la oportunidad de generar bienestar en la persona.

Otro aspecto importante del humanismo que está integrado en la THIPP son las condiciones necesarias y suficientes para el cambio constructivo de la personalidad en la terapia postuladas por Rogers:

- 1. Aceptación Incondicional**, esto quiere decir que se establece una relación en la que el terapeuta no juzga al cliente, Rogers explica que es la medida en que un terapeuta experimenta la cálida aceptación hacia cada aspecto de la experiencia del cliente como parte del cliente mismo (Rogers, 1957 en Bozarth, Zimring, y Tausch).
- 2. Autenticidad**, o congruencia la cual involucra una apertura y honestidad hacia el mundo, los otros y la propia experiencia; evitando una concepción limitada de sí mismo (Walsh y McElwain, 2001), Rogers la define como un estado del terapeuta durante la sesión en el que es libre y profundamente él mismo (Rogers, 1957 en Bozarth, Zimring, y Tausch, 2001).
- 3. Empatía**, definida como el deseo del terapeuta de entender cómo es ser el cliente y comunicarle acertadamente esa experiencia al cliente, ayuda al cliente a sentirse apoyado y le permite enfocarse y descifrar los aspectos poco claros de sus sentimientos (Cain, 2001). En palabras de Rogers es sentir el mundo privado del paciente como si fuera propio, pero sin perder jamás la cualidad de “como si” (Rogers, 1957 en Cain, 2001). Rogers también menciona que es necesario que el terapeuta experimente un entendimiento empático del marco de referencia interno del paciente y que comunique esta experiencia al cliente (Rogers, 1959 en Grant, 2008), la primera vez que Rogers menciona la palabra empatía, así como el

concepto de marco de referencia es en su obra *Client-Centered Therapy* en 1951 (Freire, 2007).

Meinhold acoge estas condiciones y las amplía así, a estas condiciones las denomina “Las 5 sabidurías” y son las que siguen (Moya, 2008):

1. Pasión. Es cómo sucede el encuentro terapéutico, equivale a la aceptación incondicional y a la empatía en la teoría de Rogers. Meinhold enfatiza que la aceptación no solo debe ser demostrada a través de las acciones, sino que también debe estar presente en el pensamiento y sentir del terapeuta, en línea con lo que proponía el filósofo Steiner (Meinhold, 2008).

2. Preparación científica. Se refiere al conocimiento teórico (conocimiento y dominio de los fundamentos y Principios de la THIPP) y práctico (de las herramientas y posibilidades) que tiene el terapeuta, es importante señalar que a esta corriente aún le falta investigación empírica que sustente la teoría.

3. Positividad. Es la autenticidad del terapeuta. El mensaje positivo de lo que es, de cómo es y además el estar positivamente sintonizado con el paciente.

4. Percepción. Es el estar aquí y ahora del terapeuta, sin prejuicios y con todos los sentidos presentes. La importancia de esta condición radica en no asumir cosas sobre el paciente, sino más bien tener una conexión momento a momento con el mismo. Meinhold sostiene que es importante desprenderse internamente de la imagen estereotipada que normalmente tenemos de la persona

En cada nuevo encuentro es recomendable acercarnos como si nos acabamos de conocer, eso es lo que sucede en realidad, ya que las supuestas repeticiones de encuentros y eventos son solo cómodas ilusiones de nuestro sistema nervioso. “Nunca volvemos a entrar en el mismo río” dicen los hindúes. Y si pensamos que “de todas maneras el otro se va a comportar como ya lo sabemos” estamos transfiriendo esta expectativa a través de los canales inconscientes de comunicación hipnótica, provocando este comportamiento como en una profecía que se cumple por sí misma. En cambio si damos ese pequeño paso a la libertad, superaremos la hipnosis cotidiana que mata los sentimientos y tendrán más vida las relaciones ... enriqueciendo toda nuestra existencia (Meinhold, 2008, p. 243).

Esto es similar a la visión de la Gestalt la cual enfatiza la intensificación del darse cuenta del aquí y ahora, desde esta perspectiva estar presente significa "estar plenamente en cuerpo y espíritu, en el aquí de la situación, estar abierto a cualquier posibilidad" (Zinker, 1987, pp.5), sin expectativas concretas por parte del terapeuta.

5. Creer en portentos o milagros, significa contemplar absolutamente todas las posibilidades prodigiosas del paciente de efectuar cambios inesperados

(Meinhold, 1999 en Moya, 2008), esto se aplica incluso en diagnósticos que se suelen considerar irreversibles, uno de los casos que Meinhold documenta ejemplifica esto, se trata de una mujer con cáncer de pecho quien fue haciendo conscientes diversos eventos de su vida que grabaron un fuerte temor asociado a esta parte de su cuerpo y que habían llegado al desarrollo del cáncer, a través de estos reconocimientos durante varias sesiones, los exámenes radiológicos no mostraron rastro alguno de cáncer, estado en el que se mantuvo la paciente tras 12 años de seguimiento del caso; Meinhold señala que estos resultados no son fáciles de obtener siempre pero que es bueno tener consciencia del alcance que puede tener la terapia (Meinhold, 2008).

En el caso del TIG es muy importante la presencia de las "5 Sabidurías" durante el tratamiento, la aceptación completa al paciente, por ejemplo no solo es deseable, sino que es un requisito en el tratamiento de esta condición, tal como lo especifican los estándares aprobados para el tratamiento de la misma creados por el Comité de la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (1998), la preparación junto con la percepción momento a momento de la persona que está siendo tratada permite al terapeuta empaparse no solamente de las condiciones específicas de este trastorno, sino también de la situación particular del paciente dentro del contexto del trastorno, todo esto desde una actitud sanadora de amor. En

estos casos el creer en portentos, tiene que ver con la noción de estar abiertos a los posibles resultados que pueda alcanzar el paciente en la terapia incluyendo el mayor grado de bienestar y cualquier otro cambio positivo para el paciente, si bien no se busca por ejemplo que la persona se adapte al rol del sexo con que nació la posibilidad de que el paciente se llegue a identificar con dicho rol tampoco se debe descartar, se ve al paciente como capaz de alcanzar la salud total como él mismo la interprete.

Así mismo un concepto presente en el humanismo que está presente en la THIPP tiene que ver con la postura hacia el diagnóstico y hacia los síntomas, Rogers, el fundador del movimiento humanista y creador de la Terapia Centrada en el Cliente manifestó desde el punto de vista de esta terapia el diagnóstico psicológico es innecesario para la psicoterapia, y que en realidad puede obrar en detrimento del proceso terapéutico (Rogers, 1981). La visión humanista considera que colocar a la gente en categorías es potencialmente deshumanizarlas, además cree que un diagnóstico puede llevar a la sobresimplificación y a la distorsión de la experiencia de la persona tratada, otro peligro radica en la posibilidad de que el terapeuta caiga en preconcepciones y no se centre en la experiencia real de la persona, sin embargo el humanismo también considera que el evitar completamente las categorías o diagnósticos puede ser una manera de anti-intelectualismo (Stiles, 2001). En la Gestalt el diagnóstico sirve para definir la trayectoria y el objetivo de la terapia, no es visto como una etiqueta sino un identificador del proceso continuamente cambiante, y considera que es útil familiarizarse con el DSM-IV, ya que en el fondo habla del sufrimiento humano (Woldt y Toman, 2009). Los terapeutas existencialistas - humanistas ven a la terapia como un proceso orientado a la introspección y no al síntoma (Cohn, 1995; Handley, 1996; May y Yalom, 1995 en Walsh y McElwain,

2001). La función primaria de la terapia no es provocar cambios de comportamiento sino aclarar la experiencia que vive el cliente de estar en el mundo (Spinelli, 1994 en Walsh y McElwain, 2001). Al ser comprendido el significado latente del síntoma, proporciona claridad al cliente sobre la estructura de su vida, por ello el énfasis no está en curar el síntoma sino en dicha comprensión desde el punto de vista existencialista (Sipiora, 1988-1989 en Walsh y McElwain, 2001). Existe la teoría de la paradoja de Beisser (1970) que establece que el cambio ocurre únicamente cuando se afirma y acepta las cosas como son, en terapia en un principio el paciente busca un proceso terapéutico con la esperanza de cambiar y liberarse del dolor que lo aqueja con la ayuda de la experiencia, conocimiento y pericia del terapeuta, sin embargo la terapia Gestalt plantea la necesidad de alejarse de ese objetivo y permitir que las cosas sean lo que son (Beisser, 1970 en Woldt y Toman, 2007).

La THIPP considera, en concordancia con el pensamiento humanista-gestáltico, que el diagnóstico tradicional es útil para el reconocimiento del paciente, sin embargo aunque toma en cuenta la descripción de la patología trabaja con los contenidos de la persona, la THIPP no trabaja para eliminar los síntomas o las enfermedades de cualquier tipo, ni los confronta, sino que más bien los reconoce como el mejor camino para llegar a lo que los origina como causa (Meinhold en Moya, 2008) Es decir que los síntomas constituyen la guía para llegar a través de la introspección a contenidos esenciales de la persona y permitir que se manifiesten de manera sana. El Principio integrativo de salud y enfermedad de la THIPP, afirma que el trabajo no es combatir las energías que provocan la enfermedad y que se encuentran detrás de los síntomas, sino llegar al origen saludable de las mismas e integrarlas (Meinhold en Moya, 2008). “La curación no es por tanto la simple desaparición de los síntomas (reprimiéndolos) y la recuperación de ciertas funciones,

contra las que nuestro cuerpo subconscientemente quizás trataba de protestar hasta con la enfermedad” (Meinhold en Moya, 2008, pp. 75). Durante la exploración biográfica de la persona “el terapeuta guía al paciente orientándose en sus vivencias y no en sus síntomas” menciona Meinhold al describir la estructura de las sesiones terapéuticas (Meinhold, 2008).

La orientación a los contenidos vs. síntomas y diagnósticos es apropiada en el tratamiento a personas con TIG puesto que muchos transexuales no están de acuerdo con la patologización de su condición (Meyer-Bahlburg, 2009) de esta manera tanto el paciente como el terapeuta pueden tomar la descripción del TIG como un marco teórico para la comprensión de un fenómeno pero dando siempre mayor énfasis a la experiencia de la persona, y alejándose de concepciones patologizadoras que potencialmente podrían ser interpretadas como descalificadoras por los pacientes (Chen-Hayes, 2001) obstaculizando el establecimiento de un clima adecuado para el desarrollo del paciente. Cuando lo importante no es el remover la identidad de género con la que la persona se identifica se puede explorar otras áreas que generen malestar en el paciente (Israel y Traver, 1997). La eficacia del tratamiento está dada por la calidad del contacto, el propósito es fomentar la atención en darse cuenta y no fomentar un cambio del comportamiento dirigido (Woldt y Toman, 2007).

Finalmente, un elemento adicional que la THIPP comparte con el movimiento humanista tiene que ver con la inclusión de la espiritualidad dentro de la terapia, según Wilber la espiritualidad es el nivel más elevado de cualquier camino de desarrollo (Woldt y Toman, 2007). La Gestalt al igual que las prácticas espirituales guía al individuo hacia un auto-descubrimiento experimentado directamente en el aquí y ahora, esto produce un despertar, ambas ayudan a dar sentido a la experiencia actual y facilitan el movimiento hacia otros niveles de desarrollo, las prácticas

espirituales y la gestalt también son similares en el hecho de que fueron diseñadas para generar transformación (Woldt y Toman, 2007). De igual manera la THIPP busca "el reconocimiento de el propósito de vida, el desarrollo de la conciencia de lo espiritual o esencial de la persona, (expresión del amor universal), el desarrollo de la conciencia de la libertad" (Moya, 2008, pp. 13). El estado hipnótico empleado en la THIPP facilita la conexión del paciente con sus niveles espirituales, de manera similar a la que lo hacen la meditación, el yoga y algunos ejercicios espirituales (Meinhold, 2008). La THIPP considera que el Yo espiritual es la parte eterna del alma, en el lenguaje de la mística se le conoce como "la chispa de Dios", de acuerdo con Meinhold (2008) el trabajo espiritual es posible si se reconoce la aplicación de las posibilidades hipnóticas, en sus palabras:

Desde un inicio las ciencias humanas reconocieran que en su búsqueda de una conciencia holística ellas aplican muchas veces las posibilidades hipnóticas de la concentración, profundización y expansión, y además podrían integrar los aspectos que el individuo ha desplazado de su conciencia (Meinhold, 2008, pp. 148).

Esta integración, según sostiene, es necesaria para poder comprender en realidad y en toda su extensión los dones y deberes del individuo, y con plena conciencia de lo que posee, viviendo responsablemente su existencia como ser humano (Meinhold, 2008).

Como se dijo anteriormente las personas con TIG confrecuencia tienen experiencias de rechazo por parte de sus comunidades religiosas (Fink, 2009) que suelen ser su fuente de apoyo y el lugar donde pueden tener experiencias espirituales beneficiosas para su salud y bienestar general como lo ha demostrado la neurociencia (Newberg y Waldman, 2009), por lo tanto un enfoque terapéutico que facilite la experiencia directa de niveles espirituales ayuda a reforzar la espiritualidad propia del individuo beneficiando su desarrollo.

La THIPP y el Psicoanálisis

Dentro de la Psicología profunda, es decir aquella que incluye el trabajo con el subconciente, Meinhold cita como influencias a Freud, Jung y Winnicott entre otros (Hilorajo, 2006). Meinhold sostiene: “Todos los principios de psicología profunda (transferencia y contratransferencia, pasos y contenidos evolutivos psicogenéticos específicos, etc) tienen que ser tomados en cuenta... (en el trabajo terapéutico)” (Meinhold, 2009, pp.337). En el presente documento se analiza algunos de los conceptos del Psicoanálisis clásico freudiano como una de las principales fuentes de la THIPP. Entre ambas terapias se observan ciertas semejanzas y ciertas diferencias, a continuación se analizan algunas de las semejanzas así como las ampliaciones de los conceptos psicoanalíticos que propone la THIPP:

La primera de las aportaciones de Freud, y una de las principales de su obra fue el descubrimiento de la existencia de procesos psíquicos inconscientes ordenados según leyes propias, distintas a las que gobiernan la experiencia consciente; la mente inconsciente tiene ciertas particularidades, por ejemplo que los pensamientos se representan con imágenes, en vez de expresarse como conceptos abstractos, y ciertos objetos pueden ser sustituidos y representados simbólicamente por imágenes de otros, con este descubrimiento se evidenció que las leyes de la lógica no se aplican en el inconsciente (Moya, 2010). Para Freud el inconsciente es la fuerza impulsora que queda como huella del paso por el complejo de Edipo consecuencia de la represión primordial que nos separa de la madre y prohíbe el incesto y nos constituye como sujetos con inconsciente (Moya, 2010).

Hay una importante diferencia entre la concepción freudiana y la de Meinhold sobre el inconsciente, para Freud el inconsciente tiene su origen para este último el

inconsciente se forma intra útero o antes, y no en la etapa edipal, tiene relación con los deseos de los padres que el hijo no puede cumplir, y se hace inconsciente todo lo que no coincide con lo que los padres quieren del individuo (Moya, 2010).

Meinhold cita a Freud recordando que este último dice que donde está el ello hay que convertirlo en el Yo, es decir, todo lo que es inconsciente del yo hay que traerlo a la conciencia, esta es la tarea terapéutica (Meinhold, 2010). Además en la THIPP se parte de que no hay culpables, pues se trata de una dinámica de relaciones inconscientes en que está actuando la transferencia y la contratransferencia, al salir del sistema culpable-inocente salimos de la relación incosciente (Moya, 2010).

Meinhold amplía el esquema freudiano incorporando el mapa holístico de la mente que además del subconsciente incluye el sobreconsciente, donde está el Yo espiritual, que es la parte eterna del alma, lo que en un lenguaje místico se llamaría “la chispa de Dios, a estas instancias se puede acceder al igual que a las subconscientes, a través de la hipnosis y meditación (Meinhold, 2008).

Las personas con TIG tienen el desafío de aceptarse a si mismos en una cultura que juzga lo diferente (Cohen y Van Gooren, 1997 en Bergero, et al., 2001), lo reflejan el hostigamiento (McGuire, Anderson, Toomey y Russell, 2010) y los violentos crímenes (Singh, Hays y Watson, 2011) de los que a menudo son objeto, sin embargo la falta de aceptación no solamente es una dificultad que se presenta con el resto de personas sino también un tema a resolver consigo mismos, así como lo refleja la autolesión (Becerra, De Luis, Piedrola, 1999 en Bergero et al., 2001) y la incidencia de suicidios (Clements-Nolle, Marx y Katz, 2006). Identificando culpas, temores y creencias inconscientes; así como el reconocer partes importantes de la experiencia que no habían sido previamente reconocidas ayuda a sanar las heridas emocionales y llegar a una mayor integración que se refleja en aprendizajes a largo

plazo, cambios cerebrales y un mejor nivel de auto-organización psicológica (Doige, 2007). Además al acceder a experiencias de contacto espiritual, que es lo que ocurre al acceder al supraconciente; y el incrementar el nivel de consciencia que ocurren en la terapia de psicología profunda y en los estados de consciencia meditativos similares benefician al paciente entrenando a su cerebro para detener pensamientos de rumiación sobre aspectos de sí mismo considerados negativos, favoreciendo a la vez la calma y la capacidad de reevaluar las dificultades (Newberg y Waldman, 2009), esto es beneficioso en personas con un autoconcepto negativo como ocurre con algunos pacientes con TIG (Anónimo, 2011).

Otro concepto importante que la THIPP incorpora del psicoanálisis es la transferencia, Freud la describe como el amor del enfermo hacia el médico, el cual se manifiesta incluso en las condiciones más desfavorables, se trata de un fenómeno que presenta las más íntimas relaciones con la naturaleza misma del estado patológico, y que consiste en una transferencia de sentimientos sobre el médico, los cuales existían de forma latente, su acción es favorable para el análisis y según el psicoanálisis clásico la dificultad que presenta la transferencia en el trabajo terapéutico radica en aquellos momentos en que se transforma en resistencia (Freud, 1915). Meinhold adopta el término transferencia, y considera que la relación intrauterina entre madre e hijo es la vivencia primigenia de esta interrelación psíquica inmediata, y se considera que está presente en la mayoría de relaciones intensas, así como en la relación terapéutica, esto significa que hay "situaciones en que la persona dirige o transfiere sus sentimientos o actos (basados en dichos sentimientos) a la persona que tiene en frente, sin ser consciente de ello y pensando que su comportamiento corresponde al presente" (Meinhold, 2009, pp. 140). Desde el punto de vista de la THIPP la transferencia es saludable y siempre está presente en la relación terapeuta - paciente,

es la que permite al paciente proyectar en el terapeuta y sanar las relaciones a lo largo de su historia de vida; a diferencia de Freud no considera a la resistencia como obstáculo, sino como una forma protegida de expresar que debe respetarse y cuando el paciente esté listo podrá continuar trabajando los contenidos (Meinhold s.f. en Moya, 2009).

El obstáculo para la THIPP es la contratransferencia, es decir la respuesta del terapeuta hacia la transferencia del paciente con sus propios contenidos biográficos, ya que es ahí cuando los contenidos del terapeuta interfieren con el proceso terapéutico, a menos que esta sea reconocida y resuelta, Meinhold dice: “Las reacciones y respuestas de transferencia, permanecen inadvertidas por el paciente. Ante el terapeuta permanecen inadvertidas, en cuanto él se mantenga en una contratransferencia, la que él no notará, sobre todo si se trata de una situación de transferencia normótica y si él mismo se encuentra sumergido en aquella normosis” (Meinhold, 1999 en Moya, 2009, pp.15).

Afortunadamente cuando se reconoce la contratransferencia el terapeuta puede trabajar en ella, y así liberar al proceso de su influencia, ahí radica la importancia de conocerla. La resolución de la contratransferencia puede alcanzarse a través de un trabajo de supervisión en el que el terapeuta trata con su propio terapeuta los temas identificados. Además de la usual atención que el terapeuta debe poner para reconocer sus contratransferencias en el caso del trastorno de identidad es importante que el terapeuta esté especialmente alerta ante posibles contratransferencias referentes a temas como los roles de género, a la sexualidad, a la aceptación. Gracias a la transferencia el paciente puede proyectar en el terapeuta su relación con las personas más importantes de su vida y así sanar a través del vínculo amoroso y aceptante con su terapeuta, en términos neurocientíficos los vínculos positivos facilitan el cambio

neuroplástico a través de un des-aprendizaje, es decir que se disuelven redes neuronales existentes, alterando los patrones relacionales previos y permitiendo que se formen nuevos patrones más saludables (Doige, 2007).

Otro de los conceptos más importantes propuestos por Freud que tiene su huella en la THIPP son las etapas del desarrollo psicosexual. Dichas etapas describen los cambiantes modos de gratificación desde el nacimiento, junto con las zonas físicas en que operan. A continuación se presenta un resumen de lo sintetizado por Frager y Fadinam (1998) sobre los contenidos que se desarrollan en cada etapa freudiana, luego de ello se examinará su relación con las fases del desarrollo de Meinhold y finalmente su relación con el TIG:

Etapa oral

De acuerdo con Frager y Fadinam (1998) para Freud, la etapa oral es el primer momento en la evolución de la personalidad del individuo, ocurre durante el primer y segundo año de vida y se caracteriza por dirigir la libido hacia la boca y buscar la satisfacción gracias a la actividad de succión. La pulsión básica del lactante no se dirige a lo social o a lo interpersonal, sino simplemente a consumir alimentos y aliviar tensiones producidas por el hambre y la sed. Durante la lactancia el bebé también es acariciado, arrullado y abrazado. Para Freud el pequeño asocial busca el placer y la reducción de tensión con el alimento. A partir de que brotan los dientes inicia la gratificación de los instintos agresivos.

Etapa Anal

De acuerdo con Frager y Fadinam (1998) Freud sitúa esta segunda etapa del desarrollo de la personalidad entre los dos y cuatro años del niño; la libido se dirige

hacia el ano y la satisfacción sobreviene por la expulsión o retención de las heces. El niño aprende a usar el sanitario y esto abre el interés por el autodescubrimiento.

Mientras mayor sea el control que ejerce sobre sus funciones mayores son los elogios de los padres, y al mismo tiempo recibe la idea de que la evacuación es sucia.

Etapa Fálica

De acuerdo con Frager y Fadinam (1998) entre los cuatro y los seis años el niño dirige el impulso erótico hacia sus genitales y consigue la satisfacción el varón mediante el juego con su pene y la niña con su clítoris, Freud considera que en esta etapa el niño adquiere la consciencia de tener pene y la niña de no tenerlo. En esta etapa los niños manifiestan su deseo por dormir con los padres y tienen lugar los celos; para Freud la etapa fálica es fundamental para el desarrollo del psiquismo, porque en ella se produce el Complejo de Edipo y el Complejo de Electra, Freud creía que todos los niños reproducen interiormente este mítico drama al desear poseer a la madre y matar al padre, el niño desea el amor y la cercanía con sus madre y el padre se convierte a la vez en ser amado y rival.

Etapa de Latencia

De acuerdo a Frager y Fadinam (1998) esta etapa del desarrollo psicosexual de la teoría freudiana se sitúa entre los cinco o seis años y la pubertad, en esta fase como consecuencia de la aparición del superyó el niño reprime sus sentimientos edípicos e inhibe sus apetitos erótico-sexuales, empieza el vínculo con sus compañeros, la escuela, los deportes y otras actividades, es un período apacible sin fenómenos psicológicos dignos de atención.

Etapa Genital

De acuerdo a Frager y Fadinam (1998) según Freud a partir de la pubertad se produce la etapa genital, el niño luego de superar el complejo de Edipo, orienta su deseo sexual fuera de la familia, hacia personas del sexo opuesto y convierte la relación genital reproductora en el objetivo del instinto sexual, la energía libidinal regresa a los genitales y tanto hombres como mujeres conocen sus diferencias sexuales y buscan colmar sus necesidades eróticas y personales (Frager y Fadinam, 1998).

A partir del concepto freudiano de las etapas psicosexuales, y de extensas investigaciones propias entre 1971 y 1997 Meinhold elabora las fases del desarrollo de la conciencia, este es uno de los conceptos fundamentales que maneja la THIPP; las diferencias y ampliaciones que introduce con respecto a los conceptos freudianos son vitales para el trabajo terapéutico, al ser Fases del Desarrollo de la Conciencia, van más allá de lo sexual para incluir toda la conciencia (Moya, 2009).

En la THIPP se profundiza en los contenidos intrauterinos con gran detalle, el estudio y la clara comprensión de la fase Simbiótica es quizás el mayor aporte de Meinhold a la psicología profunda, la simbiosis empieza desde la concepción y se extiende hasta el nacimiento, los contenidos psíquicos de esta fase se consideran los más importantes, y la base para el desarrollo psíquico, con respecto a esto Meinhold dice:

La mayoría de las escuelas de psicología profunda parten del supuesto de que los problemas del desarrollo psíquico de la infancia temprana que más tarde conducen a un comportamiento de transferencia, provienen de los primeros cinco años de vida. Sin embargo, en especial en la terapia de psicología profunda en hipnosis se evidencia que gran parte de los conflictos de transferencia se originan aún antes es decir, en el vientre de la madre (durante el embarazo)... no es indispensable que el bebé no - nato cuente con órganos sensoriales funcionales ni que se produzca una transmisión de mensajes hormonales o de otra amalgama de sustancias... Es

obvio que tampoco se trata de comprender el lenguaje sino más bien de captar contenidos emocionales (Meinhold, 2009, pp.141).

Adicionalmente a esta importante diferencia entre el análisis de psicología profunda bajo hipnosis y el psicoanálisis, Meinhold hace una profundización y ampliación en los contenidos de las otras fases, ya no se trata únicamente del desarrollo psicosexual, sino del desarrollo total del ser humano (Moya, 2009), otra diferencia con respecto a las etapas freudianas es que se plantean a partir de los contenidos sanos y no del déficit, cada fase tiene contenidos muy específicos, a continuación un resumen de una recopilación de Moya sobre lo expuesto por López, Meinhold e Ycaza¹ acerca de dichas fases:

Simbiosis

Es la fase más importante del desarrollo; madre e hijo son como un solo ser desde el punto de vista del bebé. El bebé está en hipnosis profunda, dura desde la concepción hasta el nacimiento. El principal contenido sano de esta fase es la aceptación y el amor incondicional.

Cuando una mujer está embarazada, cumple con aceptar al niño con amor y sin condiciones; con aceptación y amor se establece en el niño la experiencia de seguridad existencial básica, la seguridad cósmica de existir por el sólo hecho de ser. Esto es aceptación completa. El requisito previo y natural de la aceptación es el reconocimiento, pues no se puede aceptar lo que no se ha reconocido. En el estado

¹ Nota a los lectores: El resumen de las fases del desarrollo fue realizado en base a una síntesis previa de Moya a partir de la recopilación de material impartido en clases, seminarios y charlas impartidas por Meinhold, Ycaza y López sobre la THIPP en distintas fechas; junto con información que consta en el libro "El Gran Manual de la Hipnosis" de Meinhold, aquí consta un resumen de dicho trabajo realizado por la autora.

intrauterino: sólo existe la sensación del *Ser* con aceptación. La aceptación en esta fase nunca es del 0% ni del 100%.

Oral

Está en hipnosis profunda, se inicia en la etapa simbiótica y se extiende hasta los doce meses de edad, es la etapa de recibir a través de todos los sentidos. Es un estado receptivo, es recibir al mundo a través de los sentidos. Es una etapa sensorial donde se descubre el deleite del placer sano a través de los sentidos y se ponen las bases para el erotismo y la sensualidad.

El organismo humano tiene nueve aperturas (orificios) toda abertura es contacto con el mundo. La mayor sensibilidad está en la boca, sin embargo las necesidades del niño no son sólo de alimento, también tiene otras demandas, quiere ser tocado, acariciado, incluyendo las partes genitales. Por eso en esta fase deben ser estimulados todos los sentidos, para que se desarrollen en base al contacto con la realidad, que siempre está en proceso de cambio.

Primera Maduración

Esta fase que ocurre entre la oral y la anal tampoco consta en las etapas freudianas. El estado de conciencia en que ocurre es de hipnosis mediana. Va desde los doce meses hasta los veinticuatro meses de edad, su cima es a los dieciocho meses de edad.

Esta es una fase de contemplación, el niño se retrae, se aísla, se da cuenta que *es* un individuo y dice por primera vez *Yo*. Busca su tiempo de estar solo, es una etapa de autorreflexión y toma de una insipiente conciencia de sí. Ya no quiere tanto contacto, hay que respetarlo. Hay que darle tiempo para que reconozca sus necesidades y lo haga por sí solo.

La importancia de esta fase es “el encontrarse a si mismo concientemente”. De

encontrar al propio Yo. En esta fase no existe la diferencia entre sujeto y objeto, la madre tiene que ver a su hijo con ojos de amor. El niño en esta fase debe experimentar la confirmación de su belleza.

El niño para hacer esta experiencia tiene que alejarse un poco de la madre, necesita la seguridad absoluta y el permiso para alejarse. La experiencia del reflejarse se obtiene con el desprendimiento y este proceso implica movimiento. Las piernas son movimiento y el movimiento es libertad.

En el séptimo mes de crecimiento, aparecen los primeros dientes, que son la señal biológica de que va a terminar la fase oral. A partir del octavo mes, el niño empieza a arrastrarse, luego a gatear, que son etapas de movimiento. Al pararse, la columna vertebral se pone vertical haciendo conexión entre el mundo de arriba y el mundo de abajo. La columna está conectada con la tierra. La columna representa al Yo. En esta fase el niño aprende a decir *No*.

Anal

Está en hipnosis mediana, va de los dos a los tres años. Es la fase de la expresión y creatividad, cuando el niño aprende a controlar sus esfínteres, se da cuenta de que produce algo y lo expulsa.

Anal no es solamente lo que expresamos por métodos digestivos anales, sino también por los caminos mentales. La fase anal es la expresión y creación libre y voluntaria de los contenidos, expresarse es el simbolismo que permite conocer y advertir el contenido y aunque el niño ya expresa sus heces antes de esta fase, solo desde ella lo hace con la conciencia de producir algo propio.

En esta fase se comienza a ver el mundo a través de los ojos propios y ya no a través de los ojos de la madre. Lo sano es descubrir que lo creado es bueno, válido, positivo, vale por ser y es sano aceptar lo creado, dando valor a mi producto,

demostrando el poder y autocontrol para entregar y retener (el poder decidir).

Genital, Sexual o Edipal

Está en hipnosis mediana a leve, va de los 4 a 6 años. Antes de esta etapa los niños se relacionan con el mundo sin un sexo determinado. A partir de los cuatro años, con conciencia, se identifican como un ser con un rol sexual determinado. Meinhold considera que en esta etapa la persona se descubre, se reconoce, se identifica como un hombre o una mujer e imita el rol sexual normótico de la sociedad vestida, le toca descubrir el rol sexual íntimo de placer, que no lo conoce, pues es oculto. Lo normótico en este contexto es aquello aceptado como “normal” en la sociedad pero que va contra lo saludable.

La niña al identificarse con la feminidad que le refleja su madre aprende el rol sexual de la mujer, para ello debe abandonar la identificación simbiótica que tenía con su madre, estableciéndose la dificultad de separar el rol de la madre del rol sexual. El niño varón al identificarse con la masculinidad que le refleja su padre, aprende el rol sexual de su progenitor hombre y tiene que desprenderse del modelo y la simbiosis de la madre, (estableciéndose el complejo de Edipo: tiene que competir con el padre para quedarse con la madre) y deberá reconocer a las otras mujeres como mujer sexual y no como madre (lo que establece otra dificultad).

El niño o la niña necesita ser reconocido por el modelo total del sexo opuesto, es decir la madre o el padre, que le ratifica que es un ser sexualmente atractivo y deseable. En forma de pregunta lo plantea así: ¿quieres casarte conmigo? Si recibe la confirmación supera esta fase, sino va a ir en busca del reconocimiento a través de la transferencia formando y reproduciendo triángulos donde surgen la competencia y los celos. Los niños de 4 a 6 años solicitan su reconocimiento en base a demandas sexuales infantiles por lo tanto, la respuesta del modelo total (padres) no es en base a

la sexualidad del adulto sino que debe darse en el nivel del niño. Cuando el adulto responde desde sus propias necesidades significa que no ha resuelto su propia fase edipal, por lo general porque ha vivido algo similar en su propia infancia con un adulto.

Individuación

Es la fase de la autorealización, ocurre en hipnosis leve con estabilización de fases de vigilia, inicia al rededor del séptimo año de edad, con la experiencia que tiene el niño de dar el primer paso de desprendimiento de los modelos, esto quiere decir que se va alejando del modelo que para él representaban sus padres en favor de otros modelos parciales alternativos, como lo son los profesores, amigos, artistas.

Lo sano en esta fase es poder identificarse con el modelo y luego poder desprenderse del mismo, reconociendo los elementos del modelo que no se desean incorporar como propios.

Desprendimiento

Inicia más o menos a los doce o catorce años, y continúa hasta los veintiún años como promedio. En esta fase se desarrolla una visión autoresponsable del mundo y continua el desprendimiento de la familia de origen. También es la fase en la que la persona desarrolla su propia filosofía del mundo, mientras más sana es la persona su filosofía estará más libre de condicionamientos. A partir de esta fase y en adelante la persona se encuentra principalmente en estado de vigilia con partes hipnoides espontáneas y parciales (López, Meinhold e Ycaza en Moya 2009).

El hecho de tomar en cuenta las fases en el tratamiento a personas con TIG permite en primer lugar identificar la etiología de las dificultades del paciente, es decir el origen de los conflictos en la exploración cronológica de la historia de vida, en segundo lugar permite incluir los contenidos sanos de cada fase, al ser contenidos

muy específicos se graban en partes del cerebro correspondientes al desarrollo neurológico de la edad en que ocurrieron, por ello es muy importante tratarlo en la edad y estado de conciencia correspondientes para poder hacerlos concientes (Meinhold, 2008). El contenido más esencial dentro de las fases de desarrollo es el de la aceptación, en el caso de el trastorno de identidad de género la falta de aceptación es un componente muy importante (Cohen y Van Gooren, 1997 en Bergero, et al., 2001), y por lo tanto requiere de especial atención, por ello “como terapeutas debemos aceptar a nuestro paciente desde el mismo momento en que lo conocemos, sin condiciones, porque si lo rechazamos estamos repitiendo el camino inicial” (López, Meinhold y Ycaza en Moya 2009). Pero además de la aceptación durante todo el camino terapéutico es vital ayudar al paciente en la fase correspondiente a hacer presente la aceptación que sí tuvo, que permanece sin ser reconocida aún (López, Meinhold y Ycaza en Moya 2009). Más adelante en este documento se revisa en detalle las consideraciones específicas en torno a las fases del desarrollo para el TIG.

Aportes de la THIPP

Es así que se ha articulado un modelo integral, con importantes ampliaciones y profundizaciones que Meinhold ha hecho sobre concepto y principios de corrientes terapéuticas anteriores, tales como:

- la profunda y detallada comprensión de la fase simbiótica, el reconocimiento del estado de consciencia en que ocurre y en el que puede accederse a ella en terapia y la forma de tratarla.
- el reconocimiento del estado hipnótico en la enfermedad y en la terapia.

También ha definido elementos propios de la THIPP, a continuación se describen algunos de ellos.

El ritual terapéutico y su función

Meinhold (2008) introduce la importancia de realizar la inducción hipnótica de manera que favorezca la seguridad en el paciente, comparándolo con la estructura ósea del cuerpo humano, que es el requerimiento para poder moverse, de la misma manera esta estructura en el ritual, que es siempre conducida de la misma manera, permite la libre exploración del paciente hacia los contenidos aún no integrados, también identifica la importancia del ritual en toda ceremonia que busca conducir al individuo a lo no-cotidiano, y lo traslada al campo terapéutico (Meinhold, 2008).

Las “cuatro A”

Se refiere a los pasos terapéuticos que deben darse en cada sesión con el objetivo de tratar efectivamente los contenidos que presenta el paciente y son:

- 1. Análisis (revelación)** Se conduce al paciente, en regresión cronológica, a lo largo de su biografía. El paciente relata libremente sus sentimientos, expectativas, pensamientos e imágenes interiores espontáneas, así como las vinculaciones que él mismo reconoce.
- 2. Aceptación (procesamiento y reconciliación)** Los sentimientos, sucesos, etc. antes descritos por el paciente se procesan en la misma sesión con el objetivo ya sea de reforzar los aspectos positivos o de que el paciente pueda aceptar las experiencias que le agobian según su visión del mundo (su filosofía, religión, etc.) En este paso también se vivencian y reconocen aspectos relegados, se evidencian recursos saludables, y se reconocen vinculaciones holísticas. Es particularmente importante trabajar cada fase de desarrollo con procedimientos acordes a los contenidos de dicha fase, sino se amenaza el éxito del trabajo.

3. **Absolución, catarsis** (desprendimiento, purificación) Se refiere a la reconciliación del paciente consigo mismo, el terapeuta guía al paciente para que éste pueda hacerlo a través de una purificación simbólica, imaginaria, o a través de una confirmación verbal.
4. **Aplicación** (proyección) En este paso se puede comprobar si los contenidos están lo suficientemente trabajados, es decir si las vivencias quedaron libres de bloqueos y fueron integradas con aceptación en la biografía del individuo. Se logra pidiendo al paciente que imagine una situación futura o presente en la que se presente una situación similar a la trabajada, si en el relato y se han incorporado alternativas más sanas de reacción o si el paciente sigue condicionado por el conflicto, así también se logra dejar un engrama positivo para el futuro (Meinhold, 2009).

Análisis biográfico cronológico

La THIPP se diferencia de otras terapias en que sigue un procedimiento de análisis cronológico de la biografía del paciente, esto se hace porque las vivencias pasadas determinan en gran medida las dificultades del presente, la hipnosis facilita el reconocimiento entre las vinculaciones entre las experiencias actuales y las impregnaciones que las originaron, debido a que se grabaron en hipnosis y en partes específicas del cerebro (Meinhold, 2008) como se explicó anteriormente. El orden cronológico inverso es importante pues así se trae a la consciencia en forma gradual la información importante de la infancia temprana y de la etapa prenatal, encontrándose en el recorrido las vinculaciones inconscientes y sanándolas (Meinhold, 2008), es importante no dejar de lado ninguna fase ya que todas las fases del desarrollo tienen contenidos importantes para la comprensión y sanación de los disturbios.

Visión del trastorno desde la THIPP

Como se mencionó previamente la THIPP no se orienta hacia el diagnóstico basado en síntomas sino a que el paciente pueda dar un sentido a sus vivencias a lo largo de la historia de vida y a partir de ello encuentre formas sanas de expresión (Meinhold, 2008), si bien el único que puede dar coherencia a las dinámicas y experiencias que ha vivido es el paciente, lo hace acompañado por el terapeuta quien a su vez tiene como guía los contenidos sanos de las fases de desarrollo, es así que se puede esbozar una comprensión general del desarrollo del trastorno que durante el curso de la terapia va a ir adquiriendo matices propios de la vivencia única de cada paciente, y que de hecho puede salirse de este esquema. Al igual que en el humanismo en la THIPP la interpretación no la realiza el terapeuta sino el propio paciente (Meinhold, 2008), una vez explicado esto se puede proceder a delinear el posible curso de desarrollo un determinado trastorno. Es importante añadir que para Meinhold toda enfermedad es un conflicto entre el Yo y el Superyo, ya que los miedos existenciales o miedo a morir originado en la primera fase de desarrollo en estos casos no encuentra una posibilidad de expresión hacia el exterior, si los esfuerzos del superyo por defenderse del miedo básico sufren una ruptura, se desarrolla el trastorno (Meinhold, 2008).

Existen distintos detonadores de trastornos, en primer lugar están los efectos sugestivos en las fases de impregnación, con esto Meinhold quiere decir que como durante las fases de desarrollo temprano la persona está hipnosis profunda (Meinhold, 2008) como se mencionó anteriormente, lo que se impregna o graba durante ellas queda casi fijado (Meinhold, 2008; Doige, 2007). Otro detonador es el efecto sugestivo mediante la identificación, durante las fases tempranas se aprenden patrones de comportamiento específicos de la figura de identificación, este concepto es similar

al propuesto por las teorías del aprendizaje que se mencionaron previamente (Bandura, 1977, en Eckes y Trautner, 2000), Meinhold (2008) sostiene que esto no sucede a través de verbalizaciones o esfuerzos educativos sino a través de la imitación y la identificación que es una equiparación inconsciente. Otro tipo de detonador desde la teoría de Meinhold (2008) son los efectos sugestivos mediante la educación, a través de la educación en la familia se transmiten muchas sugerencias de sufrimiento, por ejemplo cuando las madres transmiten generación tras generación la idea de que ser mujer trae consigo el sufrimiento de la menstruación y la maternidad (Meinhold, 2008). Finalmente están entre otros detonadores, las sugerencias verbales que se graban profundamente (Meinhold, 2008).

Con respecto al tratamiento sobre la identidad sexual en general Meinhold dice: “Debe trabajarse con la meta abierta de comprender y aceptar la biografía, incluyendo que la identidad sexual que está instalada en el alma se desarrolle por sí misma”(2008, pp. 423). Dentro del marco de este modelo terapéutico no son adecuadas las sugerencias en especial las que indican tener relaciones sexuales heterosexuales ni tampoco para modificar los comportamientos para hacerlos más acordes al sexo con que nació la persona y por lo tanto socialmente “más aceptables” ya que esto iría en contra de la meta principal de la terapia que es la aceptación (Meinhold, 2008). Meinhold también agrega “se deben fortalecer los sentimientos de autoestima y procesar con los sentimientos de culpa que sean conscientes e inconscientes...” (Meinhold, 2008, pp. 423) aunque son menciones con respecto a la homosexualidad estas afirmaciones son válidas también dentro del contexto del trastorno de identidad de género.

A continuación se analiza el posible proceso de desarrollo de trastorno de identidad de género mujer-a-hombre en base a los contenidos de las fases de

desarrollo de la THIPP, para ello se tomó en cuenta las fases del desarrollo más relevantes con relación a los contenidos del trastorno, que son la simbiótica y la sexual:

En la etapa simbiótica donde la madre y el bebé forman una unidad psíquica como se ha explicado, por ello todo lo que siente la madre a nivel inconsciente lo siente directamente el bebé (Meinhold, 2008), si sumado a esto tomamos en cuenta que “un deseo consciente muy grande, que no se consigue, tiene detrás un miedo inconsciente aún más grande” (Meinhold en Moya, 2008) podemos decir que el deseo consciente de la madre de tener una niña, oculta en realidad el miedo de tener una niña, el miedo proviene de asociaciones negativas generadas en las vivencias de la madre con respecto al hecho de ser mujer (Stoller, 1968 en Valerio, 2011). Esto es consistente con el hallazgo de lo reportado por muchos transexuales de que sus padres deseaban un hijo o hija del sexo contrario (Buhrich y McConaghy, 1978 en Richard, 1995).

El miedo de la madre se contrapone a la realidad de la niña de que es mujer, esto es sentido por la bebé como no aceptación y por lo tanto peligro de muerte, de acuerdo a la intensidad del miedo sentido por la madre el peligro de muerte será percibido con igual intensidad por la niña no-nata (Meinhold, en Moya, 2008), generándose una primera impregnación sobre “el peligro de ser mujer”.

La madre que sin saberlo pone condiciones para la existencia de su hijo, responde a una historia personal transgeneracional en la que tampoco recibió con nitidez el amor y aceptación, y transmite inconcientemente al niño su propia experiencia de vida. Si durante el embarazo, la madre, en algún momento de la gestación, no brinda amor y la aceptación completos e incondicionales, genera en el niño una sensación de rechazo vividas como sensaciones de vacío. Los vacíos de la madre son energías contenidas, no aceptadas por ella y por ende su hijo, no las acepta para si mismo (López, Ycaza y Meinhold en Moya, 2008, pp. 28).

Es decir que la hija en su intento de ocultar ante su madre la parte femenina que esta no acepta, también lo termina ocultando ante sí misma.

En la etapa sexual o edipal se produce como se ha explicado antes la identificación con el progenitor del propio sexo (Ycaza, López y Meinhold en Moya, 2008), cuando la fase transcurre de manera sana las niñas se identifican con la madre, aprendiendo el rol sexual femenino, y generando la consciencia de ser mujer (Stoller, 1968 en Di Ceglie, 2000; Meinhold, en Moya, 2009), en el caso del TIG esto no sucede así, factores como el abuso sexual, o la violencia del padre hacia la madre pueden llegar a invertir esta identificación, en caso de abuso es probable que ocurra una identificación con el abusador, puesto que representa “el único lugar seguro”, adoptando así la niña características del padre que pueden variar en grado, esto parece ser consistente con las investigaciones que vinculan al TIG con el abuso sexual (Di Ceglie, 2000; Devor, 1994); en el caso haber violencia contra la madre y la niña también se dificulta la identificación, ya que se identifica el papel de la mujer como peligro, esto también es consistente con las investigaciones que relacionan al TIG a la presencia de un padre violento (Hales, 2008; Stoller, 1968 en Di Ceglie, 2000) y ausente (Stoller, 1968 en Di Ceglie, 2000), o infiel (Hales, 2008) y una madre depresiva (Stoller, 1968 en Di Ceglie, 2000).

Como se mencionó en la descripción de las fases, en la sexual/edipal se aprende el rol de género, en ocasiones normótico de lo que debe gustarle a un hombre o una mujer (Meinhold, en Moya, 2009) en concordancia con la teoría del aprendizaje (Bandura, 1977, en Eckes y Trautner, 2000), en el TIG dada la dificultad para identificarse con el sexo correspondiente anatómicamente podría ser que la niña aprenda comportamientos socialmente considerados masculinos, propios del padre.

Es importante analizar la dificultad edipal del padre, quien tiene una fijación en

la misma fase y por lo tanto en lugar de dar la confirmación sexual sana a la hija busca satisfacer sus propios contenidos no resueltos de manera infantil (Meinhold, en Moya, 2008). En los casos de abuso sexual, el abusador regresa inconscientemente a la edad del niño abusado (Meinhold, en Moya, 2008). Otra evidencia de la dificultad en esta fase también puede mostrarse en la competencia entre hermanos por el reconocimiento del padre, todo triángulo (conflictivo) evidencia fase edipal (Meinhold, en Moya, 2008).

Cabe recalcar que todas estas hipótesis solamente constituyen un mapa para explorar los contenidos, que variarán en cada caso según la historia de vida, por lo tanto no son aplicables a todas las personas con TIG, sino que ofrecen una guía para atender ciertos aspectos importantes de la vida del sujeto. Este mapa, especialmente el reconocimiento de los contenidos sanos de las fases que permite favorecer su desarrollo en terapia; sumado a las técnicas humanistas y de psicología profunda, y al uso de la hipnosis ofrecen una herramienta para facilitar un proceso terapéutico para trabajar con individuos con diversas condiciones incluido el TIG.

CAPÍTULO 3.- ESTUDIO DE CASO

Introducción al caso

Alex² sufre de trastorno de identidad de género, inicia el proceso terapéutico con el propósito de sentirse respaldada en su decisión de empezar a vivir como un hombre, en las semanas anteriores al inicio de la terapia y luego de investigar bastante ha decidido que se realizará en el mediano plazo una cirugía de reasignación de género para así poder sentir que su cuerpo y su vida corresponden con lo que siente

² Nota a los lectores: Con el objetivo de proteger la identidad de la paciente se utiliza un nombre ficticio, en el caso de esta paciente se escogió el nombre Alex debido a que es tanto nombre de mujer como de hombre, reflejando así de manera apropiada la identidad de la paciente. Con respecto al género utilizado para referirse a la paciente se optó por utilizar el femenino, ya que si bien durante la terapia se manejó el género masculino por pedido de la paciente, al llenar la evaluación marcó su género como femenino.

que es; y para ello desea sentir que tiene las fuerzas necesarias para afrontar esta instancia de su vida ante sus padres.

Por otra parte comenta que debido a su situación desarrolló el hábito de mentir, a sus padres para poder salir con chicas y con amigos; también mentía a sus amistades sobre el origen de sentirse un hombre, responsabilizando a su padre. Solía decirles que nació varón y que su padre le había dado hormonas femeninas y había cambiado sus documentos legales para que conste como mujer. Otro de sus propósitos con la terapia es dejar de mentir y de vivir una mentira, según sus propias palabras.

Adicionalmente Alex reporta que antes tenía gran capacidad de liderazgo pero que actualmente tiene dificultades para socializar, puesto que a partir de la edad escolar empezó a ser blanco de comentarios y bromas crueles por parte de sus compañeros. Busca mejorar su capacidad de integrarse a quienes le rodean.

Diagnóstico

Eje I: Trastorno de la identidad sexual con disforia de género de inicio en la infancia, con atracción sexual por mujeres

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Desbalance hormonal

Eje IV: Abuso sexual

Apoyo social inadecuado

Eje V: EEAG 51 – 60 (en el ingreso)

EEAG 61 – 70 (en el alta)

HISTORIA

Familia

Alex pertenece a una familia de estatus socio-económico medio. Vive con sus padres, y tiene dos hermanos varones mayores que ya se han independizado. Con todos ellos tiene una relación ambivalente ya que los quiere mucho pero tiene dificultades en relacionarse con ellos. En el caso de su madre se porta impulsiva y a veces discuten, al parecer su madre tiene rasgos depresivos. Su padre es bastante estricto con ella, y ella siente que él valora más a sus hermanos varones; a pesar de ello siente que sus padres “la adoran”. El convivir diario ocurre entre discusiones frecuentes acerca de las tareas del hogar, del cuidado personal o de las responsabilidades de la Universidad.

Desde hace varios años Alex empieza a sentir una profunda inconformidad por pertenecer al género femenino, al crecer se va dando cuenta de que se identifica con el sexo opuesto y de que no es feliz con el cuerpo con el que nació. Menciona que desde que tiene uso de razón ha deseado ser hombre pero la intimidación, la vergüenza y el temor al rechazo se lo han impedido. Durante su niñez dice no haber “reclamado” su derecho a ser lo que siente que es, por ello no hubo mayor problema con su familia en esa etapa, aunque internamente la frustración fue creciendo. En el último tiempo el problema se ha ido volviendo más y más evidente, ante lo cual sus padres y hermanos reaccionan con críticas sobre su vestimenta y actitudes, todo esto lleva a Alex a sentirse ofendida.

Sus hermanos intentan aconsejarla pero le muestran claramente su reprobación ante el hecho de que se relacione con mujeres como parejas, también critican su modo de vestir, pues le gusta vestir flojo y de manera masculina y llevar el cabello corto.

Educación

Durante el transcurso de la terapia se encuentra en la fase final de su carrera universitaria, tiene buenas notas pero reporta que le está costando enfocarse en la realización de su tesis debido a que sus energías están enfocadas casi totalmente hacia esta lucha interna entre el rol que esperan los demás y el que le satisface.

Social

Tiene pocos amigos cercanos, éstos amigos, tanto hombres como mujeres son los que conocen su situación, que ella denomina “la verdad” y la apoyan. También tiene una relación muy cercana con sus sobrinos adolescentes. Tiene una pareja que conoció por internet y a quién no ha conocido en persona aún y por quien tiene sentimientos muy fuertes. Fuera de ello no se relaciona mucho con el resto de gente, afirma que por muchos años ha basado su vida en el temor al qué dirán y que está empezando a salir de ello.

Historia Médica

Algo relevante en su historia médica es un episodio sucedido a sus cuatro años de edad en el que contrae una infección de las vías urinarias y al ser llevada al médico éste le dice a su madre que Alex fue abusada sexualmente, la madre no le cuenta esto sino hasta cuando tiene 24 años, Alex sospecha que el abuso fue realizado por su padre ya que recuerda vagamente situaciones similares. Es una idea que lleva muy presente y que le causa dolor.

Al inicio de la terapia tiene sobrepeso y tiene desbalance hormonal en comparación con mujeres de su edad, desea ser corpulenta y musculosa, durante la terapia inicia una rutina de deportes que le permite tener un peso más saludable y al mismo tiempo acorde a lo que busca, es decir una figura musculosa y varonil.

Tratamiento o intentos de solución previos

Cuando era niña fue llevada a un psicólogo infantil por la preocupación de sus padres ante sus comportamientos masculinos, sin embargo reporta que jamás se habló de cómo se sentía ni de su identidad de género, sino que se le pedía realizar dibujos, lo cual no encontró útil. Desde entonces había estado reuniendo valor para iniciar una terapia psicológica que le ayude a manejar su situación. Antes de eso ha intentado adaptarse a las expectativas de sus padres y actuar de manera más femenina para acoplarse a la familia, sin embargo esto le genera gran frustración y no resuelve los roces con sus padres.

Conceptualización del caso

Alex presenta trastorno de identidad de género, caracterizado por una disforia de género, es decir una disonancia entre su cuerpo y el género con el que se identifica (APA, 2000). Además de factores biológicos, como la presencia de ciertas hormonas durante la gestación (2003, Levy et al. en Kirk y Belovics, 2008) cuya presencia en el caso de Alex se desconoce, se ha identificado ciertos factores que se han asociado a la etiología de esta enfermedad, los cuales han estado presentes en la historia de vida de Alex, tales como el deseo de los padres de tener un hijo del sexo opuesto (Buhrich y McConaghy, 1978 en Richard, 1995) el cual no se expresa abiertamente pero es percibido por Alex, por otra parte en la madre se observan rasgos depresivos (Hales, 2008), dificultades frente al género caracterizado asociar el sufrimiento al hecho de ser mujer (Valerio, 2011), en el padre se observa infidelidad (Hales, 2008) y falta de apoyo a su esposa (Stoller, 1968 en Di Ceglie, 2000). Otro factor posiblemente importante en el origen de la identidad de género de Alex es el presunto abuso sexual por parte de su padre, a sus 4 años de edad un médico que la revisa por una infección de vías urinarias detecta un abuso, éste se lo comenta a la madre de Alex y ella se lo cuenta a Alex recientemente, se ha asociado al abuso sexual con el TIG en un

porcentaje de casos (Di Ceglie, 2000; Devor, 1994). Nace en una familia donde predomina el papel de los hombres y donde la mujer es poco considerada, en su padre y sus dos hermanos varones lideran el grupo familiar, mientras que su madre es desvalorizada constantemente. En concordancia con la teoría del aprendizaje el desarrollo de la identidad de género se ve afectado en Alex debido a un reforzamiento inconsistente de los comportamientos femeninos (Hales, 2008), ya que por un lado se le pide ser más femenina pero por otro ve diariamente las desventajas de ser mujer en un contexto machista, en ella y su madre. Desde la infancia Alex sentía gusto por realizar actividades consideradas como masculinas, como jugar (APA, 2000). Más avanzada la etapa escolar los niños mayores empiezan a notar actitudes masculinas, le hacen bromas crueles y le ponen apodos, el aislamiento social (Cohen y Van Gooren, 1997 en Bergero, et al., 2001) y el hostigamiento (McGuire, Anderson, Toomey y Russell, 2010) son usuales en el TIG. Sus padres deciden cambiarle de colegio a uno exclusivamente de mujeres, Alex se siente fuera de su ambiente y no compagina con sus compañeras.

Luego de un tiempo hace amistad con una compañera y siente atracción por ella, para dar una explicación ante esto le dice que ella nació como varón pero que su padre deseaba una niña y que por ello le dio hormonas hasta modificar su apariencia. Esta historia es lo que ella denomina “la mentira”, cuando se hizo mayor volvió a recurrir a ella para explicar su gusto hacia alguna chica.

Alex se autodefine como transexual, es decir se percibe como un hombre que nació en el cuerpo de una mujer, esto difiere de la homosexualidad en donde la persona siente que pertenece al género en el que nació (Heath, 2006). Alex ha tenido dos relaciones de pareja importantes en su vida antes de la actual. Una de ellas una relación codependiente en la que sufrió mucho, la otra una relación que fue

descubierta por sus padres. Debido al escaso apoyo familiar tiende a refugiarse en la relación de pareja y ésta se convierte en un punto central de su vida, por ello cuando las cosas no marchan bien con su pareja se siente devastada. Antes de éstas relaciones estuvo mucho tiempo deseando una pareja y lo veía como un objetivo inalcanzable, esto también acentúa la importancia que le da a los asuntos de pareja.

El constante rechazo social fue afectando su autoestima (Cohen y Van Gooren, 1997 en Bergero, et al., 2001), a tal punto que llega a tener ideaciones suicidas las cuales son comunes en el TIG, uno de los períodos identificados de mayor riesgo es cuando la persona trata de mantener su condición en secreto como ocurría entonces (Vanderburgh, 2009) . Actualmente dice no pensar en el suicidio como opción.

Durante casi toda su vida ha tenido temor de causar daño a sus padres, por ello en el afán por complacerlos ha intentado actuar de manera más acorde a lo que se considera femenino, en cuanto a su forma de vestir especialmente, esto le desgasta y en el largo plazo no mejora la situación con sus padres, quienes siguen preocupados por ella. Ha llegado a un punto clave en el que ha decidido dejar de complacerlos y vivir la vida que desea vivir, considera que para ello necesita realizarse una cirugía de reasignación de género, lo cual siente que le va a permitir ser feliz. La operación de reasignación de género es una de sus metas, y el hecho de sentirse más cerca de lograrla ha disminuido su ansiedad como suele suceder en los casos de TIG al iniciar la transición (Vanderburgh, 2009).

Alex considera que para poder comunicarles esto a sus padres necesita sentir un respaldo, y fortalecerse internamente para poder afrontar un posible rechazo por parte de su familia. Esta compleja realidad ha llevado también a que Alex desarrolle desconfianza, y un cierto grado de agresividad que interfiere en sus relaciones

interpersonales, dentro y fuera de la familia, le es difícil controlar su ira, y siente que a veces lastima con palabras a quienes ama.

Un tema bastante importante en este caso son los sentimientos de culpa, Alex ha tenido una fuerte educación católica y tiene ciertas creencias adventistas, durante toda su vida ha aprendido que para Dios las parejas deben ser de hombre y mujer, por ello encuentra conflicto en relacionarse con mujeres desde un cuerpo femenino, esto le crea temor y una disonancia entre sus creencias y sus necesidades (Fink, 2009).

Proceso terapéutico

Dado que no existe un manual para el tratamiento psicoterapéutico del TIG el tratamiento escogido fue la THIPP que integra elementos humanistas-Gestalt, psicoanalíticos e incorpora el uso de la hipnosis, los cuales concuerdan con estándares internacionales (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 1998) y recomendaciones (Chen-Hayes, 2001) para el tratamiento del TIG. En total se realizaron doce sesiones de terapia con Alex, y dos sesiones adicionales con su padre. En un inicio es el padre quien llama a solicitar la terapia argumentando que le preocupa que su hija no realice la tesis y mencionando al paso ciertos comportamientos ajenos a lo que se esperaría de una mujer, pero sin detenerse mucho en este punto. Luego de una conversación telefónica hubo una sesión previa con el padre, aún sin la participación de Alex, en aquella sesión se le explicó la dinámica de la terapia, el principio de confidencialidad, y la duración proceso terapéutico, así como el requerimiento indispensable de que la paciente esté interesada en iniciar el tratamiento.

A partir del siguiente encuentro las sesiones transcurren únicamente con la paciente, en la primera sesión Alex expone su historia y se define la demanda y los objetivos terapéuticos. También se le explica a profundidad el proceso terapéutico.

Durante estas primeras conversaciones empieza a generarse la alianza terapéutica, en la THIPP se reconoce la naturaleza hipnótica de dicha alianza, que es definida como el rapport o interrelación entre el paciente y el terapeuta a través de la comunicación a nivel subconsciente de ambos (Meinhold, 2008), de ahí que se cuide mucho la propia armonía interior del terapeuta, su veracidad, y el realizar su propia terapia analítica bajo hipnosis (Meinhold, 2008). Alex manifiesta su acuerdo en iniciar el tratamiento.

En esa misma sesión Alex aprende el Entrenamiento Autógeno de Schultz en su nivel básico, con beneficios conocidos en la disminución efectiva de la ansiedad y otros síntomas (Yurdakul, Holttum y Bowden, 2009) y un reestablecimiento psicocorporal (Meinhold, 2008). Dicho ejercicio dentro del contexto de la THIPP tiene como principal objetivo el reforzar y amplificar el efecto sanador de los *insights* realizados por la paciente y resumidos en una frase que la paciente elabora cerca del final de cada sesión y que resume lo más importante de los aprendizajes realizados en dicha sesión, se recomendó realizar este ejercicio tres veces al día o más en casa (Meinhold, 2008).

A partir de aquí las sesiones siguieron el formato indicado por Meinhold en la THIPP, se realizó el ritual terapéutico que consiste en la inducción hipnótica, el ritual es el esquema estructural que se repite cada vez de la misma manera cuyo objetivo es el de dar seguridad al paciente, ya que promueve la estabilidad en base a la cual se puede incursionar en la exploración de las áreas menos conocidas de sí mismo (Meinhold, 2008), por ello es uno de los fundamentos más importantes de la terapia. El paciente se encuentra en estado de hipnosis ligera, este es un estado que facilita los reconocimientos y al mismo tiempo permite que permanezca activo el pensamiento lógico, que permite dar sentido y verbalizar estos reconocimientos (Meinhold, 2008).

Dentro de la sesión se siguió el formato de las 4 As: Aceptación, Análisis, Absolución y Aprendizaje (Meinhold, 2008).

Se inició la terapia trabajando en la edad actual de la paciente, sus veinticinco años, esto se lo hizo durante las sesiones dos y tres, antes de adentrarse en un recorrido por las edades anteriores, como lo indica el procedimiento de la THIPP (Meinhold, 2008). Los temas trabajados en estas dos sesiones se ubicaron alrededor de lo que vive en este punto de su vida, en la primera sesión se trabajaron los siguientes temas:

La motivación para la posible cirugía de reasignación de género, Alex logró separar las motivaciones externas de las propias, y así determinar que no lo haría por deseo de su pareja, ni por contradecir a sus padres, sino libre y auténticamente para sí misma, lo cual le generaba bienestar psicológicamente, se ha observado que la satisfacción post-operatoria varía en los pacientes de acuerdo a los cambios de pareja posteriores (Olsson y Möller, 2006) por ello es importante identificar las motivaciones propias y separarlas de las de la pareja, puesto que la pareja no siempre es estable, los estudios para determinar los predictores de satisfacción post operatoria también sugieren que una mayor estabilidad psicológica predice un buen resultado (Smith, Van Goozen, Kuiper y Cohen-Kettenis, 2005), por ello la psicoterapia es aconsejable. El contenido trabajado en esta sesión fue principalmente perteneciente a la fase de deprendimiento donde el individuo define su propia filosofía de vida y su autoresponsabilidad es desarrollada (Meinhold, 2008).

Otro aspecto fue el de atravesar un proceso paso a paso, anteriormente Alex deseaba con tanta intensidad el que su cuerpo y su vida correspondan con su interior que el enfocarse en este deseo no le permitía resolver otros asuntos centrales como su

relación con ella misma y con su familia. Decidió trabajar primero en estos temas y así dejar madurar la idea del cambio de género para así hacerlo cuando esté emocionalmente preparada. En la actualidad la decisión más común es la cirugía de reasignación de género, en ciertas clínicas especializadas se sigue un procedimiento en el que se pide al paciente que viva con el rol que desea adoptar de dieciocho meses a dos años de modo que puedan estar seguros del cambio, también deben estar estables psicológica, financiera y socialmente, la satisfacción y adaptación exitosa luego de la cirugía se ubica alrededor del 75%, siendo más alta en las transformaciones de mujer a hombre (Bancroft, 1989; R. Blanchard y Steiner, 1992; Bodlund y Kullgren, 1996; Green y Fleming, 1990; Kuiper y Cohen-Kettenis, 1988 en Barlow y Durand, 2009), de tal manera que la postergación de la operación podría ser beneficiosa si en el lapso de espera se trabajan los contenidos emocionales que le permitan estar segura de su decisión y estar preparada para ella.

También se trabajó su sensación de dificultad para ubicarse en su edad real, a sus 25 años Alex se suele sentir como de 9 años, esto es reconocido de forma consciente durante la sesión, al trabajar esto pudo identificar cómo el vivir intentando complacer a sus padres la alejaba de tomar sus propias decisiones y avanzar; Alex se dio cuenta de que cuando estaba en el rol hombre sí se sentía de su misma edad, mientras que cuando estaba en el papel de mujer no. La herramienta utilizada para trabajar esta sensación fue un diálogo con la parte que se siente de 9 años, de acuerdo con Bradshaw, el creador de la terapia del “niño herido” todas las personas tienen un niño interior y de acuerdo con las experiencias que haya vivido ese niño puede guardar sentimientos de abandono, maltrato o negligencia, dicho autor sostiene que el mantener oculto al niño interior contamina las vidas de las personas con arranques de ira, reacciones exageradas, relaciones dolorosas y nocivas entre otros (Bradshaw,

1990), en otras palabras podríamos decir que al ocultarlo se manifiesta involuntariamente de manera dolorosa, al integrarlo da paso a la estabilidad adulta, por ello el reconocimiento inicia el proceso de sanación.

Bradshaw cuenta entre las influencias de su obra la del hipnoterapeuta Milton Erickson, quien a su vez sostenía que cada persona tiene un mapa de creencias en su inconsciente, lo cual constituye una especie de trance hipnótico; Bradshaw integró esta teoría con la del niño herido, desarrollando una manera de acceder al trance natural en que se encontraban sus pacientes y así sanar las heridas (Bradshaw, 1990). Esto es congruente con la THIPP, ya que Meinhold sostiene que la información de todas nuestras edades anteriores está presente inconscientemente, y que solo podemos acceder a ella y trabajarla en estados de conciencia hipnóticos (Meinhold, 2008), esto es especialmente evidente en los temas no resueltos de allí la necesidad de revisarlos y resolverlos. Las vivencias pasadas, olvidadas ya influyen de manera decisiva sobre la forma de vida actual, con la terapia se trae a la consciencia viejas cargas de la historia personal que tienen muchos efectos en el presente, de esta manera se las puede procesar, liberarse de ellas y sanar desde lo más profundo (Meinhold, 2008). A través de este diálogo Alex logró identificar que el quedarse en una edad anterior era un refugio, ya que a esa edad no encontraba la discriminación que hoy encuentra en su casa; durante la sesión se trabajó integrando su edad actual con sus 9 años que se hallaban en contraposición (Bradshaw, 1990).

La tercera sesión trató sobre los conflictos internos que le causaba la religión en contraposición con su identidad sexual (Fink, 2009). Alex se considera una persona creyente, dice estar de acuerdo con la idea de que una pareja debe ser conformada por un hombre y una mujer, en este punto aclara que se considera hombre y por lo tanto cuando su cuerpo corresponda al de un hombre podrá estar más

cerca de la religión nuevamente. Hasta que eso suceda ha vivido con miedo de fallar a Dios. En la THIPP se trabaja con el fundamento de la visión del mundo que tenga el paciente, especialmente la religiosa que tiene mucho que ver con la seguridad existencial (Meinhold, 2008) la forma de trabajar este contenido fue trabajar su relación con Dios, y encontrar el propósito de lo que está viviendo, otra herramienta utilizada fue el buscar las incongruencias en el discurso, por ejemplo la idea de Dios como un padre amoroso versus un padre que juzga, al final de esta sesión la paciente pudo enfocar la situación desde su deseo de mejorar su comunicación con Dios, de contarle sobre su deseo de hacerse la operación, sin torturarse, y de tomar su decisión de manera más consciente, analizando los pros y los contras, pensando en su propio bienestar.

La cuarta sesión trató sobre sus veinticuatro años la edad, en que finalmente aceptó que su identidad de género no era congruente con su sexo biológico, en ese año decide vencer temores y toma conciencia de su valor y de querer reparar el daño que siente que el no aceptar su identidad ha causado en ella. En ese año también empiezan los esfuerzos por desarrollar una musculatura varonil, esto le es difícil en ese entonces. Durante la sesión trabajamos los contenidos subconscientes detrás del síntoma (Meinhold, 2008) es decir de este deseo de desarrollar sus músculos, ella descubre que es la necesidad de sentirse fuerte ante las situaciones que vive en casa con sus padres, se trabaja en la sesión la fuerza interna versus la fuerza externa y finalmente ella logra conectarse con su fuerza interna a través de su capacidad de afrontar las situaciones y tomar decisiones propias, esto lo conecta con su necesidad de independizarse económicamente de sus padres. También reconoce su verdadera fuerza basada en la confianza en ella misma y en su carácter sin necesidad de recurrir a los gritos y el conflicto

En la quinta sesión Alex expresa que desea hablar sobre su edad actual, y sobre la relación entre sus padres, por ser un tema que la preocupaba durante la semana a partir de una discusión entre ellos en la cual Alex intervino. De esta manera se hizo una pausa en el trabajo con las edades anteriores para enfocarnos en lo actual. En dicha sesión Alex reconoció que buscaba ser mediadora entre sus padres para evitar que se lastimen sin embargo, terminaba lastimándolos ella, esto es congruente con el planteamiento de Stoller (1968) sobre el involucramiento del hijo en la relación entre los padres, en los que el hijo cumple un rol de apoyo a la madre, reconoció el papel que le corresponde como hija, y la necesidad de dejar que ellos resueven sus propios problemas.

En la sesión número seis se trabajó sus veintitres años, año en que empieza un uso importante del internet, por medio de este empieza a interactuar socialmente asumiendo la identidad de hombre, y conoce a su actual novia. Al inicio se presenta por internet ante su actual novia con una foto falsa de su sobrino. En la sesión Alex vió su sentimiento de culpabilidad por haber mentido y la necesidad de mostrarse tal como es en sus relaciones. Identificó la necesidad de aceptarse como es. Es un año de susceptibilidad donde Alex siente que todo le hace daño, mediante una asociación libre similar a la del psicoanálisis clásico (Meinhold, 2008) recrea imágenes o vivencias interiores que le llevan a conectarse con las cualidades que le permiten relacionarse con la gente que le rodea y a tenerlas presentes en sus relaciones interpersonales. Al comprender sus motivaciones para mentir Alex disminuye la culpa, a continuación se trabaja la reconciliación consigo misma a través de un ejercicio de visualización en el cual la paciente deja caer sobre ella una cascada cristalina que se lleva lo que ya no necesita del sentimiento de culpa, lo que ha sido comprendido y procesado, también

puede guardar para sí lo que aún necesite procesar, ocurriendo así una purificación simbólica (Meinhold, 2008).

La séptima sesión trató sobre su relación actual de pareja, Alex encontraba dificultad para equilibrar lo que entrega a sus parejas, en relaciones anteriores sentía haber dado demasiado y como consecuencia de ello prefería no entregar mucho en su relación, también intervenía el temor al rechazo. Se trabajó la falta de valoración por sí misma, y del equilibrio entre dar y recibir, dificultades relacionadas con la fase anal (Meinhold, 2008).

La octava sesión tuvo como tema central los veintidos años de Alex. Durante aquel año la paciente vivió fuera de la casa de sus padres tras una discusión con ellos ocurrida en los veintiuno. Ante lo cual se refugió en casa de su pareja de entonces. Los padres de su pareja la habían confrontado, pidiéndole que solo vuelva cuando tenga en orden sus documentos legales que digan que es un hombre, ante lo cual alquila un cuarto en una pensión donde es humillada y maltratada. El maltrato es frecuente en pacientes con TIG, una investigación con 200 sujetos transexuales reveló que el 31.9% de pacientes mujer-a-hombre lo han sufrido alguna vez en su vida por causa de su transexualidad, el maltrato por lo general viene de desconocidos, también del padre y en tercer lugar de la pareja (Cano et al., 2001). Alex reconoce en esa edad pensamientos de no merecer el amor de nadie, e incluso de autodestrucción, pensamientos que han ido aminorando desde aquella época. Según una investigación realizada en el 2006 la incidencia del intento de suicidio y actos de autodestrucción entre las personas con TIG es del 32%, y para disminuir este riesgo se debe trabajar sobre la victimización y la depresión entre otros contenidos importantes (Clements-Nolle, Marx, Katz, 2006). Para trabajar estos contenidos se trabajó con una conversación entre su edad actual y sus veintidos años, donde pudo hablarse a sí

misma sobre su valor, y sobre cuidarse a sí misma. Al final de la sesión pudo sentir y pensar que es digna de ser amada tanto en sus veintidós como en su edad actual.

Luego de esa sesión pudo contarle a su hermano sus situación y explicarle que se siente un hombre, antes no imaginaba poder hablar con él de manera calmada sobre el asunto, para ella fue un hito importante antes de hablar con sus padres.

La novena sesión trató nuevamente sobre los veintidós años de Alex, ya que menciona que habían quedado cosas que le gustaría trabajar de ese año. Reconoció que la ruptura con su novia y el separarse de sus padres en aquel año le generaban resentimiento y que desde entonces reaccionaba de forma grosera con las personas que le rodean. Alex encuentra en sus veintidós una gran necesidad de afecto y protección que buscaba en sus padres y pareja, al no encontrarlo siente un vacío muy grande. Se le pidió que identifique con quién de estas personas sentía más fuerte esta carencia y mencionó a su madre. Se trabajó con un hipnodrama, que consiste en que la persona bajo hipnosis haga el papel de la otra persona, en este caso su madre, esta técnica es apropiada en el caso de conflictos profundos favoreciendo la catarsis, la concientización, y se forman engramas más sanos (Meinhold, 2008). Es similar al ejercicio de la silla vacía utilizado en la terapia humanista, con la diferencia de que la persona está en estado de hipnosis y no cambia físicamente de lugar, pero sí mentalmente. A través de este ejercicio pudo reconocer las dificultades de su madre para ser afectuosa y detrás de ello el deseo de su madre de acercarse, así como el amor hacia su hija.

La décima sesión fue una exploración de los veintiún años de la paciente, donde ocurre el incidente antes mencionado que le lleva a salir de su casa. En esta sesión se trabajó la responsabilidad y la libertad de la paciente, ya que es un año donde aprende a vivir sola, a cuidarse a sí misma y manejar su libertad. Alex

menciona que esos aprendizajes los dejó de lado al volver a casa de sus padres, por ello se trabajó reforzando en los veintiún años y en su edad actual la autoresponsabilidad (Meinhold, en Moya, 2008). Al final de la sesión la paciente pudo aplicar los aprendizajes a su realidad actual, también pudo identificar a sus padres como las personas que más quiere y en quienes pase lo que pase siente que podría apoyarse.

La décimo primera sesión trató sobre los veinte años de Alex. En ese año conoce a su pareja de aquella época, e inicia una relación de profunda amistad inicialmente. Alex reconoce en sus veinte una desesperación por formar una pareja, ante lo cual inicia esta relación en base a sus carencias. Esto le lleva a mentir para que la otra persona la acepte, diciéndole que es un hombre. En esta sesión se trabajó guiando a la paciente a conectándose con su sabiduría interior, esto tiene que ver con el acceso del paciente a su sobreconsciente (Meinhold, 2008). En un diálogo interno, desde su sabiduría se dice a sí misma que en lugar de buscarse en otra persona se encuentre con su Yo. A partir de eso trabajamos la relación con ella misma, y pudo reconocerse como un ser completo en sí mismo, que no necesita competir con alguien más, reenfocando su visión de las relaciones de pareja.

Tanto la décima como la décimo primera sesión corresponden ya a las fases de desarrollo por ello, se trabajaron con orientación a los contenidos sanos de la fase de desprendimiento, que son respectivamente la autoresponsabilidad, y la libre elección de la pareja fuera de la necesidad.

La semana siguiente Alex y su padre pidieron una sesión conjunta, el objetivo de Alex era conversar con su padre en un ambiente seguro. Hubo un diálogo en el que Alex pudo explicarle a su padre su modo de actuar, y sobre todo explicar que su

identidad de género no es algo que ella haya escogido. De acuerdo con una investigación realizada en España para determinar la edad promedio en que las personas con TIG comunican a sus padres su situación se encontró que el grupo mujer-a-hombre lo hace con 19.85 años, el hecho de que Alex lo esté comunicando por primera vez a sus 25 años podría deberse a las dificultades experimentadas con ubicarse en su edad real y con el poco apoyo familiar que percibe, así como por el factor de la educación religiosa que ha recibido. En dicha sesión el padre, por su parte, pudo expresar su dolor y su descontento, pero ambos también se expresaron su amor (Cano et al., 2001).

La última, y décimo segunda sesión individual Alex informó que su padre había decidido interrumpir la terapia, y que él alegaba motivos económicos. Sin embargo Alex manifestó que ella entendía que esa era la forma de su padre de expresar que no aprueba la identidad sexual de su hija, pero que ella pretendía continuar con la terapia una vez que se independice y viva sola. También mencionó sentir alivio por haber podido presentarse frente a su padre como realmente es, al momento del cierre la paciente ya había realizado exitosamente su tesis.

Se hizo una sesión de cierre que consistió en un recorrido bajo hipnosis desde sus veinte años hasta la actualidad, recogiendo todos los aprendizajes de las sesiones pasadas, escogió resumir estos aprendizajes bajo la idea de un proceso de maduración, con el cual va a continuar ya después de la terapia en sus actividades de cada día, apoyándose también en la continuación de la práctica del EAB.

CAPÍTULO 4.- EVALUACIÓN

Con el objetivo de determinar si hubo disminución de los síntomas o de su intensidad y evaluar la efectividad del tratamiento se hizo una medición antes de

iniciar las sesiones y otra después de terminarlas. El instrumento utilizado fue el SCL-90-r, un inventario de autoreporte de síntomas de 90 ítems, publicado en 1975 por Derogatis, que evolucionó directamente del Hopkins Symptom Checklist (HSCL), desarrollado anteriormente por el mismo Derogatis y otros investigadores, mide síntomas psicológicos agrupados en nueve dimensiones distintas y en tre índices globales (Derogatis y Savitz, 1999 en Gary Groth-Marnat, 2009).

Validez

La validez del SCL-90-r ha sido documentada en varias ocasiones con excelentes resultados, se la ha correlacionado con pruebas como el Minnessota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), y el Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ), el General Health Questionnaire (GHQ), el Present State Examination (PSE), el Beck Depression Inventory (BDI) entre otros demostrando su rigurosamente validez científica para medir lo que sus nueve dimensiones buscan medir. (Maruish, 2000)

“La confiabilidad del SCL-90-r también ha sido consistentemente buena. El manual reporta que la consistencia interna para las nueve dimensiones de síntomas basada en pacientes psiquiátricos varía desde un .79 para Ideación paranoide a un .90 para depresión” (Derogatis y Savitz, 1999 en Gary Groth-Marnat, 2009).

SCL-90-r

Dimensiones

A continuación una descripción de las nueve dimensiones del SCL-90-r como se definen en Casullo y Perez (2008):

Somatizaciones: Mide malestares relacionados con funciones corporales.

Obsesiones: Pensamientos, acciones e impulsos que no deseados que la persona no puede evitar.

Sensitividad Interpersonal: Evalúa sentimientos de inferioridad e inadecuación al compararse con las otras personas.

Depresión: Mide las principales manifestaciones clínicas de una trastorno de tipo depresivo.

Ansiedad: Identifica signos generales de ansiedad.

Hostilidad: Pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de enojo.

Ansiedad Fóbica: Mide una respuesta persistente de miedo en situaciones específicas que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

Ideación paranoide: Evalúa comportamientos paranoides: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

Psicoticismo: Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica: apetito, sueño, pensamientos sobre la muerte, sentimientos de culpa (Casullo y Pérez, 2008).

Indices globales

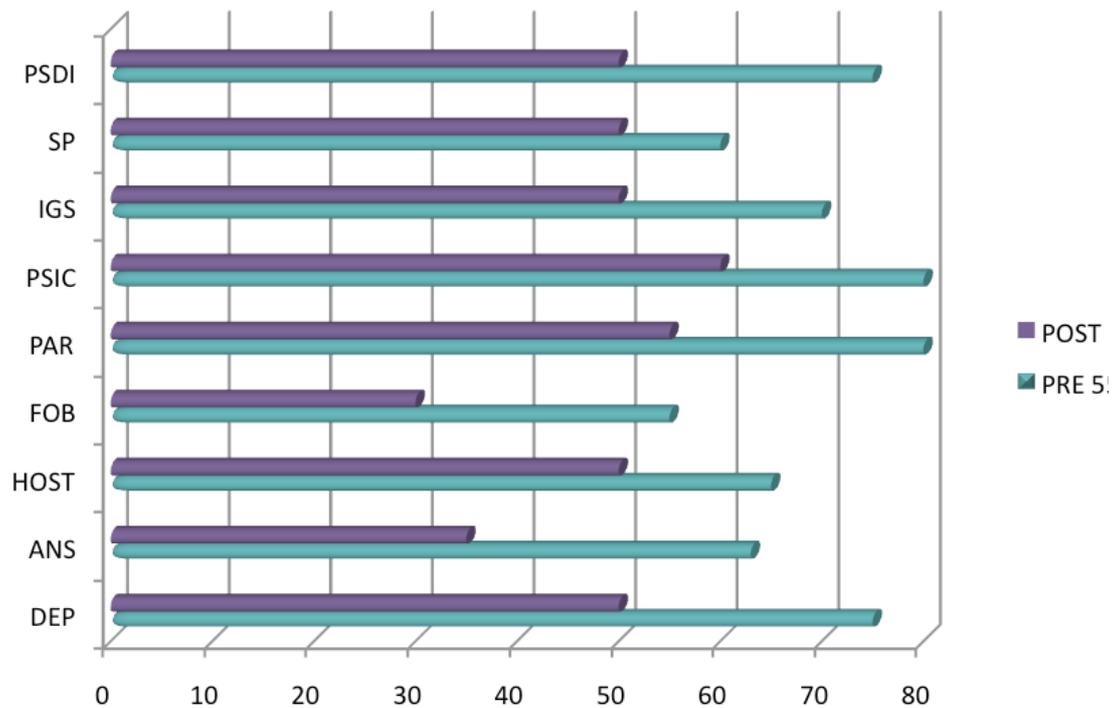
Según lo descrito por Casullo y Pérez (2008) arroja además puntajes en tres índices globales:

Índice de Severidad Global (IGS): Indica el nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

Total de síntomas positivos (TSP): Total de síntomas presentes, en cualquier intensidad.

Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan (Casullo y Perez, 2008).

Resultados de la Evaluación



La primera vez que se administró el SCL-90-r, antes de iniciar el tratamiento se observaron puntajes altos indicativos de peligro (es decir mayores de 63) en seis dimensiones: Obsesiones y compulsiones (80), sensibilidad interpersonal (65), depresión (75), hostilidad (65), ideación paranoide (80), y psicoticismo (80); de igual manera esto se vio reflejado en un puntaje de riesgo en el Índice de severidad global

(70). Cabe mencionar también que reportó los puntajes máximos en los ítems adicionales referentes a exceso de alimentación, dificultades durante el sueño y sentimientos de culpabilidad.

Tras doce sesiones de THIPP los puntajes disminuyeron de la siguiente manera: Obsesiones y compulsiones (45), sensibilidad interpersonal (30), depresión (50), hostilidad (50), ideación paranoide (55), y psicoticismo (60); el Índice de severidad global decreció con un puntaje de 50. Esto significa que al finalizar las sesiones no se registró ningún puntaje de riesgo, y los síntomas disminuyeron de manera significativa. Con respecto a los ítems adicionales anteriormente mencionados los puntajes disminuyeron en lo referente a las dificultades durante el sueño, y en sentimientos de culpabilidad, mientras que en lo referente al exceso de alimentación se mantuvieron iguales. En cuanto al Total de síntomas positivos, el puntaje inicial fue de 67 y el final de 44, esto indica que en 23 de los ítems se registró una desaparición del síntoma.

CAPÍTULO 5.- DISCUSIÓN

Conclusiones e implicaciones del caso

En conclusión podría decirse que el tratamiento tuvo resultados favorables reflejados en la disminución de los puntajes del SCL-r-90 así como en los cambios reportados verbalmente por la paciente. Una limitación para el estudio de caso fue la interrupción temprana del proceso terapéutico, que no permitió continuar desarrollando el mismo, ya que si bien las sesiones trabajadas tuvieron un efecto benéfico en la paciente, dicha interrupción no permitió llegar a las fases tempranas del desarrollo, donde se cree que se originaron los principales conflictos. Los resultados favorables que sugieren los resultados del SCL-90-r a pesar de que no se realizó la

terapia completa nos llevan a pensar que podrían profundizarse dichos resultados de continuar la terapia.

Una de las ventajas de la THIPP es integrar los aciertos de diferentes corrientes, aquí se han analizado la humanista, el psicoanálisis y la terapia bajo hipnosis, al ser un enfoque integral permite acomplarse a cada individuo y al mismo tiempo mantener un formato estructurado y coherente.

Por su parte parece ser que el uso del EAB como herramienta dentro del proceso terapéutico también fue responsable por la disminución de síntomas, especialmente de la dimensión de ansiedad fóbica, dado que como se mencionó sus efectos son diametralmente opuestos a los que genera la ansiedad y el estrés (Luthe y Schultz, 2001, en Yurdaku, Holttum y Bowden, 2009).

Dado que la historia de vida influye decisivamente en la formación de un trastorno así como en el modo en que es vivenciado y manejado por cada persona; y dada la naturaleza de la terapia que es personalizada e irrepetible con cada paciente los resultados no se pueden generalizar a todos los individuos con dicho trastorno, sin embargo si proveen un mayor entendimiento del TIG a través de los contenidos experimentados por la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders DSM – IV-TR* (4ta. Ed.) Washington DC, p. 576-578, pp.581-582.

- Anónimo (2011) Psychiatry; Research from Semmelweis University Provides New Data about Psychiatry. *Psychology y Psychiatry Journal*. Atlanta: Enero. pp. 240.
- Asbury, E., Kanji, N., Ernst, E., Barbir, M. y Collins, P. (2009) Autogenic training to manage symptomology in women with chest pain and normal coronary arteries. *The Journal of The North American Menopause Society*, 16 (1) pp. 60-65 doi: 10.1097/gme.0b013e318184762e
- Bandura, A. (1986) en *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Engelwood Cliffs NJ: Prentice Hall en Eckes, T. y Traunter, H. (2000) *The developmental social psychology of gender*. Lawrence Erlbaum, US.
- Barlow, D., Reynolds, E., y Agras, W. (1973). Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry*, 28, 569-576.
- Barlow, D., Abel, G., y Blanchard, E. (1979). *Gender identity change in transsexuals: Follow-up replications en Meyenburg* (1999) Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy. *Adolescence*. Roslyn Heights: 34(134) pp. 305.
- Bartlett, N., Vasey, P., y Bukowski, W. (2000). *Is gender identity disorder in children a mental disorder?* *Sex Roles*, 43, 753–785 en Vanderburgh, R. (2009) *Appropriate Therapeutic Care for Families with Pre-Pubescent Transgender/Gender-Dissonant Children*. *Child Adolesc Soc Work J* 26:135–154 doi: 10.1007/s10560-008-0158-5.
- Beigel, H. (1965) Three transvestites under hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Abril 12(2) Abstract.
- Beigel, H. (1967) Three transvestites under hypnosis. *The Journal of Sex Research*.

Mayo, 3 (2), pp. 149 - 162.

Beisser, A. (1970) *The Paradoxical theory of change*. en J. Fagan y L. Sheperd (Eds.)

Gestalt Therapy Now: Theory, techniques, applications (pp. 77-80) Palo Alto, CA: Science and Behavior Books en Woldt, A. y Toman, S. (2007) *Terapia Gestalt: Historia, teoría y práctica*. México: El Manual Moderno.

Becerra, A., De Luis, A. y Piedrola, G. (1999) *Morbilidad en pacientes*

transexuales con auto-tratamiento hormonal para cambio de sexo, Medicina Clínica; 113(13):484-487. Bergero, T., et al. (2001) *La Transexualidad: Asistencia Multidisciplinar En El Sistema Público De Salud*. Construcción de Género.

Benson, H. (2000). *The relaxation response*. Londres: Harper en Yurdakul, L.

Holtum, S. y Bowden, A. (2009) *Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: A grounded theory study*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82 pp. 403-419 Londres: The British Psychological Society.

Bergero, T., Cano, G., Giraldo, F., Esteva, I., Ortega, M., Gómez, M. y Gorneman, I.

(2001) *La Transexualidad: Asistencia Multidisciplinar En El Sistema Público De Salud*. Construcción de Género.

Blanchard R., Stein, B., Clemmensen, L. y Dickey, R. (1989) Pronostic factors of regret in postoperative transsexuals, *Can. J. Psychiatry*, 34 (1):43-45 en

Bergero, T., et al. (2001) *La Transexualidad: Asistencia Multidisciplinar En El Sistema Público De Salud*. Construcción de Género.

Bleiberg, E., Jackson, L. y Ross, J. L. (1986) Gender identity disorder and object

loss. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25,

58—67. En Ceglie, D. (2000) Gender identity disorder in young people
Advances in Psychiatric Treatment 6: 458-466 The Royal College of
Psychiatrists.

Bradshaw, J. (1990), *Nuestro Niño Interior* (2da ed.) Argentina: Emecé Editores.

Buhrich, N., y McConaghy, N. (1978). *Parental relationships during
childhood in homosexuality, transvestism, and transsexualism*. Aust. N. Z. J.
Psychiat. 12: 103-108 en Richard, S. (1995) *The childhood and family
dynamics of transvestites* Archives of Sexual Behavior. New York: Junio
24(3), pp. 309.

Butler, J. (2004) *Undoing Gender*, New York and London, Routledge.

Cain, D. y Seeman, J. (2001) *Humanistic Psychoterapies Handbook of Research and
Practice*. American Psychological Association, Washington DC.

Campo, J., Nijman, H., Merckelbach, H. y Evers, C.(2003) *Psychiatric Comorbidity
of Gender Identity Disorders: A Survey Among Dutch Psychiatrists* American
Journal of Psychiatry, 160:1332–1336.

Carroll, L. Gilroy, P. Ryan, J. (2002) *Counseling transgendered, transsexual, and
gender-variant clients* Journal of Counseling & Development, 80 (2) online en
[http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f5532f0b-59b4-4efa-
8682269272fd4c96%40sessionmgr114&vid=1&hid=108&bdata=JnNpdGU9Z
Whvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a2h&AN=6815269](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f5532f0b-59b4-4efa-8682269272fd4c96%40sessionmgr114&vid=1&hid=108&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a2h&AN=6815269)

Carpintero, H., Mayor, M. y Zalbidea, M. (1990) *Condiciones del surgimiento y
desarrollo de la Psicología Humanista* Revista de Filosofía vol. III (3) pp.
71—52. Editorial Complutense. Madrid.

- Casullo, M y Pérez, M. (2008) *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis* Adaptación UBA. CONICET.
- Coates, S., Spector, E., Friedman, R. y Wolfe, S. (1991) *The aetiology of boyhood gender identity disorder: a model for integrating temperament, development and psychodynamics*. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 481–523 en Ceglie, D. (2000) *Gender identity disorder in young people*. *Advances in Psychiatric Treatment* 6: 458-466 The Royal College of Psychiatrists.
- Coates, S. y Spector, E. (1985) Extreme boyhood femininity: isolated behaviour or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 702—709 en Di Ceglie (2000) *Gender identity disorder in young people*. *Advances in Psychiatric Treatment*, The Royal College of Psychiatrists. 6: 458-466
- Cohen-Kettenis, P. T. (1994). *Clinical management of children and adolescents with gender identity disorders at the University of Utrecht* en Meyenburg (1999) *Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy*. *Adolescence*. Roslyn Heights: 34(134) pp. 305.
- Cohen- Kettenis, P. y Van Gooren, S. (1997) *Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(2), pp. 263-276. en Bergero, T., et al. (2001) *La Transexualidad: Asistencia Multidisciplinar En El Sistema Público De Salud*. Construcción de Género
- Cohen-Kettenis, P. y Gooren J. (1999) Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (4), pp. 315-333 en Valerio, P. (2011) *Gender Identity Disorder: Psychopathology, Attachment and Psychological Intervention Strategies*. Università degli Studi di Napoli "Federico II".

- Cohen-Kettenis, P.(2010) *Transsexualism*. Corsini Encyclopedia of Psychology. 1–2.
- Cohn, H. (1995) *Misconceptions in existential psychotherapy*. Journal of the Society of Existential Analysis, 6, 20-27 en Walsh, R. y McElwain, B. (2001) *Existential Psychotherapies: Humanistic Psychoterapies Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association, Washington DC. pp. 267.
- Clements-Nolle, K., Marx, R. y Katz, M. (2006) *Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization*. Journal of Homosexuality 51(3):pp. 53-69. Department of Health Ecology, University of Nevada, Reno, NV 89557, USA online en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743026/#R57>
- Cole, C., Boyle, M., Lee, E., Walter, M. (1997) *Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses* Archives of Sexual Behavior. New York: Febrero 26(1), pp.13- 26 online en <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=4&sid=4&srchmode=2&vinst=PROD&fmt=3&startpage=1&vname=PQD&did=11098142&scaling=FULL&pmid=19481&vtype=PQD&fileinfoindex=%2Fshare4%2Fpqimage%2Fpqirs101v%2F201104122356%2F59265%2F31130%2Fout.pdf&source=%24source&rqt=309&TS=1302667020&clientId=86884>.
- Cole, C., Boyle, M., Emory, L. y Walter, I. (1997) *Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses*. Archives of Sexual Behavior 26(1), pp. 13-26.
- Combs, A. (1999) *Being and becoming*. New York: Springer en Cain, D. y Seeman,

J. (2001) *Humanistic Psychoterapies Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association, Washington DC. pp. 4.

Crawford, H. y Gruzelier J. (1992) *A midstream view of the neuropsychophysiology of hypnosis: Recent research and future directions* en Gruzelier, J. (1998). A working model of the neurophysiology of hypnosis: A review of evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15(1), 3. doi: 33271754.

Davenport, C. y Harrison, S. (1977) Gender identity change in a female adolescent transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 6 (4), pp. 327-340 en Meyenburg (1999) *Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy*. Adolescence. Roslyn Heights: 34(134) pp. 305.

Derogatis, L. y Savitz, K. (1999) *The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales*. en Groth-Marnat, G. (2009) *Handbook of psychological assessment*, (3ra ed.) UK: Elsevier Science Ltd., pp. 522.

Devor, H. (1994) *Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data* *Journal of Psychology & Human Sexuality* 6 (3), pp. 49 - 72, DOI: 10.1300/J056v06n03_04.

Devor, H. (1997). *Female-to-male transsexuals in society* en Petersen, M. (1998) *FTM: Female-to-male transsexuals in society* *The Canadian Journal of Human Sexuality*. East York: 7(2) pp. 166.

Di Ceglie, D. (2000) Gender identity disorder in young people. *Advances in Psychiatric Treatment*, The Royal College of Psychiatrists. 6: 458-466

Doige, N. (2007) *The Brain that changes itself*. Penguin Books. US.

Eckes, T. y Traunter, H. (2000) *The developmental social psychology of gender*. Lawrence Erlbaum, US.

- Fink, G. (2009) *Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic* Academic Press; 1era ed.
- Fox, R. (1996). *Bisexuality in perspective*. Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, xxvii, 329 pp. en Carroll, L., Gilroy, P., y Ryan, L. (2002) *Counseling Transgendered, Transsexual, and Gender-Variant Clients*, Journal of Counseling & Development. 80 (2), pp. 9.
- Fragar, R. y Fadinam, J. (1998) *Teorías de la Personalidad*. México, Alfaomega, pp. 31, 32.
- Freire, E. (2007) *Person-Centered Therapy with Impoverished, Maltreated, and Neglected Children and Adolescents in Brazil* Journal of Mental Health Counseling en Grant, B. (2008) *Getting the Point: Empathic Understanding in Nondirective Client Centered Therapy, Person Centered and Experiential Psychotherapies* Northcentral University, Arizona 9 (3), pp.223.
- Freud, S., (1915) *Obras Completas. XCVII. La Transferencia. Lecciones introductorias al Psicoanálisis*, Ebook.
- Freud, S. (1921) *Obras Completas: Psicología de las masas y análisis del yo*. Ebook.
- Gorneman, I. (2004) La Transexualidad: Asistencia Multidisciplinar En El Sistema Público De Salud, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, La construcción de la identidad de género*. (89) Madrid, doi: 10.4321/S0211-57352004000100003.
- Granone, F. (1973) *Tratado de Hipnosis*. Editorial Científico Médica. España.

Grant, B. (2008) *Getting the Point: Empathic Understanding in Nondirective Client*

Centered Therapy, Person Centered and Experiential Psychotherapies

Northcentral University, Arizona 9 (3), pp.223.

Green (1987) *The sissy boys syndrome and the development of homosexuality*, New

Heaven, CT, Yale University Press, 1987 en Hales, R. (2008) *The American*

Psychiatric Publishing textbook of psychiatry, (5ta ed.) American Psychiatric

Publishing.

Grupo Hilorrojo (2006) Encuentro con Werner Meinhold. *Revista HiloRojo*. Quito:

TRAMA, pp. 6.

Gruzelier, J. (1998). A working model of the neurophysiology of hypnosis: A review

of evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15(1), 3. doi: 33271754.

Hales, R (2008) *The American Psychiatric Publishing textbook of*

psychiatry, (5ta ed.) American Psychiatric Publishing, pp. 733.

Handley, N. (1996) *Anxiety: An existential perspective*. Journal of the Society for

Existential Analysis, 7 (2), 27-49 en Walsh, R. y McElwain, B. (2001)

Existential Psychotherapies: Humanistic Psychoterapies Handbook of

Research and Practice. American Psychological Association, Washington

DC.

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (1998) Standards of

Care for Gender Identity Disorders, Fifth Version. *Journal of Psychology and*

Human Sexuality, 13(1), 1-30.

Heath, R. (2006) *The Praeger handbook of transsexuality: changing gender to match mindset*. Praeger Publishers, Westport CT.

Herek, G., Gillis, J. y Cogan, J.(1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (6), 945-951. en Valerio, P. (2011) *Gender Identity Disorder:Psychopathology, Attachment and Psychological Intervention Strategies*. Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Israel, G. y Traver, D. (1997) *Transgender care: Recommended guidelines, practical information and personal accounts*. Temple University Press, Philadelphia

Kandel, E. (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4): 457 - 69 en Doige, N. (2007) *The Brain that changes itself*. Penguin Books. US.

Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow y T., Michael, N. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, pp. 182-189. En en Valerio, P. (2011) *Gender Identity Disorder:Psychopathology, Attachment and Psychological Intervention Strategies*. Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Kirsch, I., Montgomery, G. y Sapirstein, G. (1995) Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 63(2):214-20.

Kirk, J., y Belovics, R. (2008). Understanding and counseling transgender clients. *Journal of Employment Counseling*, 45(1), pp. 29-43.
doi: 1452549611

Kirkpatrick, M., y Friedmann, C. (1976). Treatment of requests for sex-- change

surgery with psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 133(10), 1194-1196 en Meyenburg (1999) *Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy*. Adolescence. Roslyn Heights: 34(134) pp. 305.

Kroger, W. y Yapko, M. (2008) *Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry, and psychology*. Lippincot Company, Philadelphia:PA, 359.

Kronberg, J., Tyano, S., Apter, A., y Wijsenbeck, H. (1981). Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence*, 4, 177-185.

Kruijver, F., Zhou, J., Pool, C., Hofman, M., Gooren, L. y Swaab, D.(2000) *Male-to-Female Transsexuals Have Female Neuron Numbers in a Limbic Nucleus* The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 85 (5) pp. 2034-2041
doi:10.1210/jc.85.5.2034

Kuehnle, K. y Sullivan, A. (2001). Patterns of anti-gay violence: an analysis of incident characteristics and victim reporting. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, pp. 928-943. En en Valerio, P. (2011) *Gender Identity Disorder: Psychopathology, Attachment and Psychological Intervention Strategies*. Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Kuiper, B., y Cohen-Kettenis, P. (1988). Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17(5), 439-457. en Barlow, D. y Durand, M. (2009) *Psicología Anormal*, México: INTERNATIONAL THOMSON EDITORES.

Lawrence, A. (2010) Proposed Revisions to Gender Identity Disorder Diagnoses in the DSM-V, *Archives of Sexual Behavior*, 39: 1253-1260

- Levine, S., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F. y Schaefer, L. (1999) *The Standards of Care for Gender Identity Disorders*. *Journal of Psychology & Human Sexuality*.
- Levine, S., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., Schaefer, L. (1999) en Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (1998) Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 13(1), 1–30.
- Levy, A., Crown, A., y Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59, pp. 409-418 en Kirk y Belovics 2008. *Journal of Counseling & Development*; 80(2) pp. 9 online en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f5532f0b-59b4-4efa-8682-269272fd4c96%40sessionmgr114&vid=1&hid=108&bdata=JnNpdGU9ZWwhv c3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a2h&AN=6815269>
- Linden, W. (1990). *Autogenic training: A clinical guide*. London: The Guilford Press.
- Longmore, R. y Worrell, M. (2007). *Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?* *Clinical Psychology Review*, 27, pp. 173-187 en Yurdakul, L. Holttum, S. y Bowden, A. (2009) Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82 pp. 403-419 Londres: The British Psychological Society.
- Llinás R., Ribary U., Joliot M., y Wang X. (1994) Content and context in temporal thalamocortical binding, Temporal coding in the brain. Springer-Verlag, Berlin.
- Lothstein, L. (1980). The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management, 5(1), 93-109 en Meyenburg (1999) Gender

identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy. *Adolescence*.
Roslyn Heights: 34(134) pp. 305.

López, R., Meinhold, W. e Ycaza, M. *Charlas, clases y conferencias para la SEHTH*. s.f. En Moya, G. (2008) Un Ejercicio De Entrenamiento Para Terapeutas THIPP: Disertación final para la obtención del título de Terapeuta THIPP.

Luthe, W., y Schultz, J. (2001). *Autogenic therapy, Volume 1: Autogenic methods*. London: British Autogenic Society en Yurdakul, L. Holttum, S. y Bowden, A. (2009) *Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: A grounded theory study*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82 pp. 403-419 Londres: The British Psychological Society.

Marantz, S. y Coates, S. (1991) Mothers of boys with gender identity disorders: a comparison to normal controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 136—143. En Ceglie, D. (2000) Gender identity disorder in young people *Advances in Psychiatric Treatment* 6: 458-466 The Royal College of Psychiatrists.

Maruish, M. (2000) *Handbook of psychological assessment in primary care settings* 236, pp. 304, 305. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.

Matto, M. (1972). *The transsexual in society*. en Tewksbury, R. y Gagne, P. (1996) *Transgenderists: Products of Non-normative Intersections of Sex, Gender, and Sexuality*. *Journal of Men's Studies*. Harriman 5 (2); pp. 105.

May, R. y Yalom, I. (1995) *Existential Psychotherapy* en Walsh, R. y McElwain, B.

(2001) *Existential Psychotherapies: Humanistic Psychoterapies Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association, Washington DC.

McGuire, J., Anderson, C., Toomey, R., y Russell, S. (2010). School Climate for Transgender Youth: A Mixed Method Investigation of Student Experiences and School Responses. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1175-1188. doi: 2119593091.

Meinhold, W. (1999) *PRINCIPALES REGLAS TERAPEUTICAS. Las 5 sabidurías*

I.G.T.H. en Moya, G. (2008) *Un Ejercicio De Entrenamiento Para Terapeutas THIPP: Disertación S.E.H.T.H.*, Quito.

Meinhold, W. (1999) *PRINCIPALES REGLAS TERAPEUTICAS. Las dos vías terapéuticas simbólicas reales paralelas*, I.G.T.H. en Moya, G. (2008) *Un Ejercicio De Entrenamiento Para Terapeutas THIPP: Disertación S.E.H.T.H.*, Quito.

Meinhold, W. (2008) *El Gran Manual de la Hipnosis*, México: Editorial Trillas, pp. 31, 46, 85-91, 123, 199, 240, 285-287, 284, 317-318, 333, 334, 337, 423.

Meinhold, W. (2010) *Ciclo de Conferencias Sociedad Ecuatoriana de Hipnosis Tetrapéutica e Hipnopedía*, Noviembre, Quito.

Meyenburg, B. (1999) Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy. *Adolescence*. Roslyn Heights: 34(134) pp. 305

Meyer-Bahlburg, H. (2009) *From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism:*

Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions, Archives of sexual behavior, American Psychiatric Association
DOI 10.1007/s10508-009-9532-4.

Money, J. (1994) *The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years*. Journal of Sex and marital therapy, 20, 163–177 en

Di Ceglie, D. (2000) *Gender identity disorder in young people*. Advances in Psychiatric Treatment 6: 458-466 The Royal College of Psychiatrists.

Moya, G. (2008) *Un Ejercicio De Entrenamiento Para Terapeutas THIPP:*

Disertación final para la obtención del título de Terapeuta THIPP. Quito, S.E.H.T.H.

Moya, G. (2009) Principales Escuelas Psicológicas Que Aportan A La THIPP, Clase para la Sociedad Ecuatoriana de Hipnosis Terapéutica e Hipnopedia, Quito.

Olsson, S. y Möller, A. (Agosto, 2006) Regret after Sex Reassignment Surgery in a

Male-to-Female Transsexual: A Long-Term Follow-Up. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (4), pp. 501–506, doi: 10.1007/s10508-006-9040-8.

Philippopoulos, G. (1964) *A case of transvestism in a 17-year-old girl*. *Acta*

Psychotherapeutica, 12, pp. 29-37 en Meyenburg (1999) *Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy*. Adolescence. Roslyn Heights: 34(134) pp. 305

Reicherzer, S., y Anderson, J. (2006). *Ethics and the gender continuum: A lifespan*

approach online en <http://www.counselingoutfitters.com/Reicherzer.htm>

Robinson, N., Bowden, A y Lorenc, L. (2010) Can improvements in sleep be used as an indicator of the wider benefits of Autogenic Training and CAM research in general? *European Journal of Integrative Medicine*. 2(2) pp. 57-62.

Rogers, C. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103 en Bozarth, J., Zimring, F., y Tausch, R. (2001) Client Centered Therapy The Evolution of a Revolution: Humanistic Psychoterapies Handbook of Research and Practice. *American Psychological Association*, Washington DC., pp. 153.

Rogers, C. (1959) *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework* en Grant, B. (2008) *Getting the Point: Empathic Understanding in Nondirective Client Centered Therapy, Person Centered and Experiential Psychothrapies*, 9(3) Northcentral University, Arizona, pp. 223.

Rogers, C. (1981) *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Paidós, pp. 195.

Rosa, K. (1976) *Autogenic training*. London: Victor Gollanez en Yurdakul, L. Holttum, S. y Bowden, A. (2009) Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82 pp. 403-419 Londres: The British Psychological Society.

Rowland, D. (2010) *Handbook of sexual and gender identity disorders*. Incrocci L, editors Hoboken, N.J.: Wiley,,: pp. 376-422

- Sánchez, F. y Vilain, E. (2009) Collective Self-Esteem as a Coping Resource for Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Counseling Psychology*. January 1; 56(1): 202–209. doi: 10.1037/a0014573.
- Shechner, T. (2010) Gender Identity Disorder: A Literature Review from a Developmental Perspective *Israel Journal of Psychiatry Related Science* - (47) 2 Tel Aviv University, Israel.
- Singh, A., Hays, D. y Watson, L. (2011) Strength in the Face of Adversity: Resilience Strategies of Transgender Individuals. *Journal of Counseling & Development*, pp. 89.
- Sipiora, M. (1988-1989) *Solicitude, discourse, and the unconscious: Toward a Heideggerian theory of therapy*. Review of Existential Psychology and Psychiatry, 31 (1-3), 35-49 en Walsh, R. y McElwain, B. (2001) *Existential Psychotherapies: Humanistic Psychoterapies Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association, Washington DC. pp. 267
- Smith, Y., Van Goozen, S., Kuiper, A. y Cohen-Kettenis (2005) Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, Cambridge University Press
DOI:10.1017/S0033291704002776.
- Solms, M. y Turnbull, O. (2002) *The brain and the inner world*. New York: Other Press, 287 en Doige, N. (2007) *The Brain that changes itself*. Penguin Books. US.
- Spinelli, E. (1994) *Demystifying therapy*. Londres: Constable en Walsh, R. y

McElwain, B. (2001) *Existential Psychotherapies: Humanistic Psychotherapies Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association, Washington DC.

Stiles, W. (2001) *Future Directions in research on Humanistic Psychotherapy: Humanistic Psychotherapies Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association, Washington DC., pp.609.

Stoller, R. (1968a) Male childhood transsexualism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 193—201. En Ceglie, D. (2000) Gender identity disorder in young people *Advances in Psychiatric Treatment* 6: 458-466 The Royal College of Psychiatrists.

Stoller, R. (1968b) Sex and gender, 1 The development of masculinity and femininity. New York, Science House en Hales R. (2008) *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*, (5ta ed.) American Psychiatric Publishing.

Stoller, R. (1975a) *Perversion: The Erotic form of Hatred*. New York, Pantheon en Hales R. (2008) *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*, (5ta ed.)

Stoller, R. (1975b) Sex and gender, 2 The Transsexual Experiment. London, England, Hogarth. en Hales R. (2008) *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*, (5ta ed.)

Tewksbury, R. y Gagne, P. (1996) Transgenderists: Products of Non-normative Intersections of Sex, Gender, and Sexuality. *Journal of Men's Studies*. Harriman: Nov (5) 2; pp. 105.

- Vaughan, S. (1998) *The talking cure: The science behind psychotherapy*. New York: Grosset/Putnam en Doige, N. (2007) *The Brain that changes itself*. Penguin Books. US.
- Valerio, P. (2011) *Gender Identity Disorder: Psychopathology, Attachment and Psychological Intervention Strategies*. Università degli Studi di Napoli "Federico II".
- Vanderburgh, R. (2009) *Appropriate Therapeutic Care for Families with Pre-Pubescent Transgender/Gender-Dissonant Children*. *Child Adolesc Soc Work J* 26:135–154 doi: 10.1007/s10560-008-0158-5
- Walsh, R. y McElwain, B. (2001) *Existential Psychotherapies: Humanistic Psychoterapies Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association, Washington DC., pp.258.
- Watson, J. (2001) *Therapeutic Issues and Applications: Humanistic Psychoterapies Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association, Washington DC, pp. 446.
- Woldt, A. y Toman, S. (2007) *Terapia Gestalt: Historia, teoría y práctica*. México:El Manual Moderno.
- Yalom, I. (1980) *Existential Psychotherapy*. Yalom Family Trust, United States, pp. 218.
- Yontef, G. (1993) *Awareness, dialogue and process: Essays on Gestalt Therapy*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.

- Yuksel, S., Kulaksizoglu, I., Turksoy, N. y Sahin, D. (2000) Group psychotherapy with female-to-male transsexuals in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*; 29 (3) pp. 279.
- Yurdakul, L., Holttum, S. y Bowden, A. (2009) Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82 pp. 403-419 Londres: The British Psychological Society.
- Zhou, J. Gooren, L. y Swaab, D. (1995) *A Sex Difference in the Human Brain and its Relation to Transsexuality*. Nature, 378, p.68-70 en Barlow, D. y Durand, M. (2009) *Psicología Anormal*, México: INTERNATIONAL THOMSON EDITORES., pp. 352.
- Zinker, J. (1987) Presence as evocative power in therapy. *Gestalt Review*, 1 (2)
- Zsombok, T., Juhasz, G., Budavari, A., Vitrai, J. y Bagdy, G. (2003) Effect of Autogenic Training on Drug Consumption in Patients With Primary Headache: An 8-Month Follow-up Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 43 (3), pp. 251–257 doi: 10.1046/j.1526-4610.2003.03049.x
- Zucker, K. y Bradley, S. (1995) Gender identity Disorder and Psychosexual Problems in children and adolescents, New York , Guilford en Hales, R. (2008) *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*, (5ta ed.) American Psychiatric Publishing.
- Zucker, K., Bradley, S. Y Sanikhani, M. (1997) *Sex differences in referral rates in children with gender identity disorder: some hypotheses* Journal of Abnormal Child Psychology. 25: 217-227 en Hales, R. (2008) *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*, (5ta ed.) American Psychiatric Publishing.
- Zucker, K. y Cohen-Kettenis, P. (2008) *Gender identity disorder in children and*

adolescents en Shechner, T. (2010) Gender Identity Disorder: A Literature Review from a Developmental Perspective *Israel Journal of Psychiatry Related Science* (47) 2 Tel Aviv University, Israel.